

ESTUDIO DE LA PANDEMIA

ANÁLISIS CIENTÍFICO INDEPENDIENTE

Dr. Sergio J. Pérez Olivero

Licenciado y Doctor en Ciencias Químicas

OBJETIVO

Desde un punto de vista puramente científico, arrojar un poco de luz entre tanta tiniebla, aportando información objetiva. Para ello, iré analizando, punto por punto, cada uno de los dogmas incluidos dentro de la "nueva normalidad".

INTRODUCCIÓN

Corren tiempos oscuros para la naturaleza del ser humano en sí misma. A finales de 2019, nuestro mundo como lo conocíamos, dejó de existir. Dio paso a lo que algunos llamaron "nueva normalidad" que vino acompañada de un discurso "oficial" y que implicaba la transgresión de una línea hasta ese momento intocable: los derechos fundamentales.

Desde ese momento, dichos derechos fundamentales, garantes de la libertad individual del ser humano, pasaron a ser aspectos secundarios en virtud de un supuesto bien común, circunstancia, que fue avalada por innumerables medios de "comunicación" que día tras día, repetían dicho discurso "oficial", quizá, con la finalidad de convertirlo en una especie de mantra de concienciación para una crédula población y, que fue adoptado por políticos y hasta por miembros de las FCSE, como mandamiento divino incuestionable.



ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN

Para facilitar la lectura y comprensión, he decidido plantear el resumen a base de preguntas. Espero que le ayuden a ver las cosas con perspectiva y total claridad. Si usted lee algo en este documento que le resulte inquietante, debe saber que absolutamente todo lo que aquí se muestra, tiene alguna referencia (pueden ser varias) que lo acredita y demuestra en alguna parte del informe; la cual puede usted consultar, si lo desea, pinchando en el hipervínculo (subrayado en azul) correspondiente. Es importante que no olvide que lo que aquí se expresa, no es más que un fiel reflejo de la realidad.

¿Sabe usted que no existe ni una sola evidencia científica que demuestre el aislamiento del famoso SARS-CoV-2? ¿Y que esto es reconocido y confirmado por 137 instituciones a nivel mundial, incluido nuestro Gobierno? ¿Sabe que el supuesto virus es un virus Frankenstein que ha sido inventado y cosido usando secuencias de bases de datos genómicas? ¿Sabe que nunca se ha aislado y purificado adecuadamente para que pueda secuenciarse de un extremo a otro una vez derivado de tejido vivo y en cambio, se ha ensamblado digitalmente a partir de una base de datos informática?

A pesar de que en muchos medios se afirma sin rubor que la RT-PCR es el gold standard para SARS-CoV-2, ¿sabe usted que una prueba nunca puede ser un estándar o referencia de sí misma? ¿Y que para el SARS-CoV-2 el único estándar de oro válido es el cultivo del virus que es lo único que permite su estudio y determinación de su infecciosidad? ¿Sabe que para obviar este problema, ya que no se disponía ni dispone del virus aislado, se han utilizado, y se siguen utilizando como estándares del supuesto virus, ARNs retrotranscritos in vitro, es decir fragmentos de ARN sintéticos obtenidos de bancos genómicos, que imitan los objetivos o secuencias víricas que se quieren determinar?

¿Sabe usted que hay coincidencia del supuesto genoma de SARS-CoV-2 con secuencias del coronavirus humano NL63 y por tanto, esta prueba RT-PCR, no es específica de SARS y está detectando otras cosas diferentes? ¿Sabe que cuando una persona sufra un catarro en el que se exprese el coronavirus humano NL63 (coronavirus corriente en resfriados y otros procesos respiratorios en humanos) puede ser identificado mediante PCR como un positivo para SARS-CoV-2 sin serlo, lo cual, supone un gran número de falsos positivos?

¿Sabe usted que cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular? ¿Y que cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador?

¿Sabe usted que un PCR por encima de 35 ciclos (es el nº de veces que se repite la amplificación del ARN en este caso, para hacer que la posible presencia del

objetivo (secuencia vírica) diana, sea peperceptible), no es fiable? ¿Y que todas las pruebas RT-PCR que se han hecho en España y en muchas otras partes del mundo para SARS-CoV-2, se han realizado entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos y por tanto, que los datos de contagios y fallecimientos, están inflados? ¿Sabe que el Dr. Kary B. Mullis, el propio inventor de la prueba PCR, afirmó que ninguna infección o enfermedad puede diagnosticarse con precisión con el PCR?

¿Sabe usted que entre el 85 y el 90% de las personas que dieron positivo con un Ct (número de ciclos) de 40, se habrían considerado negativas con un Ct de 30? ¿Y que los expertos recomiendan utilizar un umbral máximo de Ct de 30? ¿Sabe que incluso a nivel judicial, en dos países, se ha reconocido que los PCR no son aptos para el diagnóstico del síndrome conocido como Covid-19 ya que presentan un 97% de error? ¿Y que un positivo diagnosticado con un PCR no implica que esté infectado, ni que sea contagioso?

¿Sabe usted que los PCR pueden ser peligrosos para su salud si existe una mala praxis durante la toma de muestra, debido a las estructuras vitales adyacentes, pudiendo ocasionarle hemorragias nasales, rotura del tabique nasal e incluso fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Sabe que se pueden producir daños en el piso frontal del cráneo y una brecha de este tipo, puede ser una vía de paso de virus, bacterias u hongos, y aumentar significativamente el riesgo de tener meningitis?

¿Sabe usted que los hisopos son peligrosos para la mucosa nasofaríngea? ¿Sabe que las fibras vítreas, duras y quebradizas, pueden rayar la mucosa y crear lesiones? ¿Y que las pruebas repetidas con hisopo pueden producir lesiones crónicas? ¿Y que la liberación de fragmentos de fibras vítreas quebradizas puede provocar reacciones biológicas como granulomas y/o fibrosis del tejido? ¿Sabe que estos frotis representan un riesgo para la salud de bebés y niños?

¿Sabe usted que si estas fibras se atascan en las mucosas pueden provocar graves heridas e inflamación? ¿Y que entonces, las membranas mucosas que ya no están intactas, ya no pueden cumplir su función de defenderse de virus, bacterias y hongos antes de que lleguen a las vías respiratorias y eso permite, que los gérmenes puedan penetrar en el tracto respiratorio sin ningún filtro inmunológico?

¿Sabe usted que en los PCR, se han encontrado materiales resistentes que contienen una gran cantidad de nanopartículas que incluyen plata, aluminio, titanio y fibras de vidrio, los cuales no están declarados en el prospecto de la prueba?

¿Sabe usted que se ha encontrado óxido de etileno (sustancia tóxica, mutagénica y cancerígena cuando se inhala) en los hisopos de los PCR en una concentración 7.2 veces mayor de la permitida según las pautas gubernamentales actuales? ¿Y que incluso pequeñas cantidades de óxido de etileno, mucho más bajas que las que se encuentran en los PCR, causan cáncer? ¿Sabe que en agosto las autoridades sanitarias ordenaron la retirada del mercado de productos

alimenticios que contenían niveles más bajos de óxido de etileno que los que contienen los hisopos?

¿Sabe usted que las mascarillas no ofrecen ninguna protección real contra el supuesto virus? ¿Sabe que recientemente se ha observado que las mascarillas con pequeñas fugas (que en conjunto representan del 0.5 % al 2 % del área total de la mascarilla) tienen una reducción de la eficacia total de filtración de la mitad a dos tercios del valor obtenido con la misma mascarilla, pero sin fugas? ¿Y que las fugas aumentarán cuando más rápidamente respiremos, por ejemplo, cuando caminamos o hacemos ejercicio (más respiraciones/minuto)? ¿Sabe que si la mascarilla tiene fugas por el diseño o porque la llevamos mal colocada, será mala, aunque el material, teóricamente, fuera bueno?

¿Sabe usted que las mascarillas se convierten en placas de Petri cargadas de patógenos en la cara de las personas? ¿Y que pueden restringir la ingesta de oxígeno e inducir niveles peligrosamente altos de dióxido de carbono en el torrente sanguíneo de las personas? ¿Y que pueden introducir micropartículas nocivas para la salud en los sistemas del usuario? ¿Y que les puede ocasionar problemas muy serios de salud a los niños especialmente? ¿Sabe que pueden causar problemas en la piel y que pueden exacerbar ansiedad y dificultades respiratorias en los niños? ¿Y que además tienen consecuencias psicológicas y sociales muy graves?

¿Sabe usted que entre los efectos negativos del uso las mascarillas, podemos encontrar: hipoxemia, hipercapnia, isquemia miocárdica, serias arritmias, disfunción ventricular izquierda o derecha, mareos, hipotensión, síncope, hipertensión pulmonar, pérdida de masa muscular, eritemas, agravamiento de patologías cutáneas faciales ya existentes, cuadros de sequedad bucal e infecciones fúngicas, afecciones del metabolismo, pérdida de reflejos o daños del sistema inmunológico?

¿Sabe usted que las mascarillas pueden causar la supresión del sistema inmunológico hasta promover el desarrollo de tumores o lo que se conoce como síndrome de agotamiento inducido por una mascarilla (MIES)? ¿Sabe que hay efectos negativos en los órganos internos y el sistema nervioso central? ¿Y que hay una expansión de los vasos sanguíneos en el cerebro, lo que puede provocar dolores de cabeza, pero también reacciones de pánico y ansiedad? ¿Sabe que demasiado CO_2 *en la sangre también puede aumentar la presión arterial? ¿Y que si se usa la mascarilla durante períodos prolongados, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria aumentan y la profundidad de la respiración disminuye? ¿Sabe que el trabajo respiratorio en constante aumento causa daños en la sangre y las arterias coronarias y el aumento de los latidos del corazón podría causar enfermedades neurológicas y cardíacas?*

¿Sabe usted que debido a que las mascarillas aumentan la profundidad y la frecuencia de las respiraciones, también aumentan la probabilidad de que cada respiración contenga una mayor cantidad de partículas de virus patógenos? ¿Sabe que se han encontrado en ellas, después de usarlas, cosas muy peligrosas para el usuario, tales como: Streptococcus pneumoniae (neumonía), mycobacterium

tuberculosis (tuberculosis), neisseria meningitidis (meningitis, sepsis), acanthamoeba polyphaga (queratitis y encefalitis amebiana granulomatosa), acinetobacter baumanni (neumonía, infecciones del torrente sanguíneo, meningitis, infecciones urinarias, resistentes a los antibióticos), escherichia coli (intoxicación alimentaria), borrelia burgdorferi (causa la enfermedad de Lyme), corynebacterium diphtheriae (difteria), legionella pneumophila (enfermedad del legionario), staphylococcus pyogenes serotipo M3 (infecciones graves, altas tasas de morbilidad) o staphylococcus aureus (meningitis, sepsis)? ¿Y que respirar aire contaminado con altas concentraciones de partículas bacterianas tóxicas y con bajos niveles de oxígeno y altos de dióxido de carbono, desafían continuamente la homeostasis del cuerpo, provocando toxicidad e inmunosupresión?

¿Sabe usted que el uso de ciertos tipos de mascarillas durante largos períodos de tiempo, además de todo lo dicho, podría provocar la inhalación profunda de sustancias químicas potencialmente peligrosas y microplásticos dañinos en los pulmones humanos? ¿Sabe que los usuarios de mascarillas corren el riesgo de respirar carcinógenos, alérgenos y diminutas microfibras sintéticas al usar tanto textiles como mascarillas quirúrgicas no tejidas, durante largos períodos de tiempo? ¿Y que se han encontrado concentraciones elevadas de fluorocarbonos peligrosos, formaldehído y otras sustancias potencialmente cancerígenas en las mascarillas quirúrgicas?

¿Sabe usted que la trasmisión del supuesto virus por vía aérea (gotas y aerosoles) no está probada científicamente? La neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando hipotéticamente que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular (punto de entrada) de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este supuesto virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se trasmite por vía aérea.

Sin contar otras consecuencias como: los problemas de salud mental, hambre y pobreza, desempleo, problemas educativos, problemas en la atención sanitaria, delitos o incluso pérdidas en la gastronomía, ¿sabe usted que los encierros no solo no evitaron el supuesto contagio, sino que fueron contraproducentes, hasta tal punto, que los niños nacidos durante los encierros muestran deterioro en sus funciones cerebrales y además, provocaron que en Inglaterra se suicidaran 5 veces más niños de los que murieron por Covid o que a nivel mundial haya un aumento sin precedentes del suicidio infantil?

¿Sabe usted que los niños han estado experimentando crisis de salud mental desde marzo de 2020, 1 de cada 4 ha tenido síntomas de depresión, mientras que aproximadamente 1 de cada 5 ha tenido síntomas de ansiedad? ¿Sabe que los bebés que nacieron durante 2020 y 2021 presentan una puntuación cognitiva general, de motor y verbales más bajas en comparación con los niños que

nacieron entre 2011 y 2019? ¿Y que la puntuación promedio del CI (cociente intelectual) de los niños que nacieron entre 2011 y 2019 está entre 98.5 y 107.3 y sin embargo, en los niños que nacieron en 2020 y 2021, está entre 78.9 y 86.3?

¿Sabe usted que utilizar mascarillas, el distanciamiento social y los confinamientos, han creado un entorno en el que se ha impedido que los seres humanos entren en contacto con las estrategias ambientales que apoyan y estimulan su sistema inmunológico reduciendo el riesgo de infectarse? ¿Sabe que los efectos psicológicos del aislamiento social, incluyendo la soledad y el estrés, pueden afectar a nuestra respuesta inmunológica inmediata, lo cual, facilita la infección de agentes patógenos?

¿Sabe usted que los famosos "asintomáticos" no son la forma mayoritaria de supuesta transmisión? ¿Y que esa teórica transmisión sería 20 veces inferior a la de los sintomáticos? ¿Sabe que la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, es significativamente menor que el 1%?

¿Sabe usted que la mortalidad del supuesto virus es inferior a la de una gripe común? ¿Y que la Covid-19 es una infección estacional asociada a temperatura y humedad bajas, similar a la gripe estacional y los otros coronavirus del resfriado común? ¿Sabe que según los propios datos oficiales, hay un 4520% más de posibilidades de morir por la "vacuna" de la Covid que por la Covid?

¿Sabe usted que las supuestas muertes por Covid se han informado en exceso? ¿Y que el recuento excesivo de muertes ha ocurrido, y lo más probable es que siga ocurriendo, especialmente en países con pruebas intensivas y alta sensibilización y/o incentivos para los diagnósticos de Covid-19? ¿Sabe que un porcentaje alto de las muertes de supuestos infectados, han sido provocadas no por el supuesto virus, sino por los protocolos hospitalarios? ¿Sabe que las tasas de mortalidad han sido del 45% en los pacientes con Covid-19 que recibían ventilación mecánica invasiva, aumentando al 84% en los pacientes mayores? ¿Y que hay datos que demuestran que el 84.9% de todos los pacientes, murieron después de más de 96 horas con un ventilador?

¿Sabe usted que, por ejemplo, en Francia "solo" el 2% de las hospitalizaciones en 2020, realmente tenían que ver, supuestamente, con Covid y "solo" el 5% de los casos de ingresos en UCI, eran, supuestamente, por Covid? ¿Y que en Italia "solo" el 2.9% de las muertes registradas desde finales de febrero de 2020 se cree que, supuestamente, se deben a Covid-19? ¿Sabe que en Alemania el 80% de las muertes atribuidas, supuestamente, a la Covid se deberían a otras causas? ¿Y que los CDC admiten que entre las muertes acumuladas "que involucran" a Covid desde 2020 hasta finales del verano del 2021, Covid fue la única causa de muerte para "solo" el 5%?

¿Sabe usted que hay alternativas a las "vacunas" antiCovid-19? ¿Y que son más efectivas que los sueros experimentales? ¿Sabe que la inmunidad natural es hasta 20 veces más protectora que la teórica que supuestamente proporcionan los sueros? ¿Sabe que las personas que han recibido la "vacuna" tienen una

probabilidad un 700% mayor de desarrollar Covid-19 que las que tienen inmunidad natural gracias a una infección previa? ¿Y que una persona no "vacunada" previamente infectada con SARS-CoV-2, tiene un 99.9% de posibilidades de estar protegida contra una infección repetida? ¿Sabe que mientras la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la "vacuna" hace lo contrario?

¿Sabe usted que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han admitido que no hay ningún registro de que una sola persona no "vacunada" haya propagado el SARS-CoV-2 después de recuperarse de una supuesta infección con él?

¿Sabe usted que legalmente, ANTES de pinchar la "vacuna" experimental, se ha de disponer de la precripción médica correspondiente (RECETA) y del CONSENTIMIENTO INFORMADO por escrito firmado por el paciente? ¿Sabe que antes de dar su consentimiento, una persona debe haber sido completamente informada por una persona cualificada y que eso incluye estar informado sobre cuáles son los riesgos y beneficios del tratamiento o la "vacunación", así como los riesgos y beneficios de no recibir el tratamiento o la "vacunación", y sobre qué opciones alternativas podrían estar disponibles? ¿Y que para que sea válido, debe darse voluntariamente y sin coerción ni engaño por parte de quién le informa?

¿Sabe usted que las "vacunas" se estudiaron de manera subóptima y particularmente en cuanto a la parte de seguridad de los estudios? ¿Sabe que no se realizaron los estudios apropiados de toxicidad reproductiva, los estudios de teratogenicidad, los estudios farmacodinámicos y los estudios farmacocinéticos? ¿Y que no abordaron los cambios en los biomarcadores que podrían servir como indicadores de alerta temprana de una predisposición elevada a enfermedades graves? ¿Sabe que los ensayos clínicos no abordaron los efectos a largo plazo, que fueron a muy corto plazo (unos pocos meses) y tuvieron muestras no representativas de la población total?

¿Sabe que es FALSO que las inyecciones de ARNm eviten la infección? ¿Y que es FALSO que eviten propagar la infección? ¿Y que es FALSO que tienen una eficacia del 95%? ¿Sabe que es FALSO que ninguna persona "vacunada" es hospitalizada o que ninguna muere por Covid? ¿Y que es FALSO que los efectos secundarios son leves para los inoculados? ¿Sabe que es FALSO que los niños necesiten la inyección? ¿Y que es FALSO que los encierros y los mandatos de "vacunas" sean necesarios?

¿Sabe usted que, además de en otras muchas cosas, le han mentido cuando le han dicho que el ARNm de los sueros experimentales, se degrada rápidamente? Efectivamente, en condiciones naturales el ARNm foráneo se enfrenta a respuestas innatas dentro de la célula, lo que limita su viabilidad y acaba por destruirlo. Sin embargo, ¿sabe que en las "vacunas" de Pfizer y Moderna, se modificaron algunas de las bases nucleotídicas (las letras que conforman al ARNm), cambiando la uridina por pseudouridina e incluyendo 5-metil-citidina, lo

cual, evita que se activen las respuestas innatas de las células, permitiendo que el ARNm de la "vacuna" permanezca más tiempo?

¿Sabe usted que el ARNm de la "vacuna" se biodistribuye rápidamente, logrando altas concentraciones en cerebro, pulmones, hígado, bazo y ovarios, entre otros; es decir, que en contra de lo que nos han vendido, dicho ARNm no permanece en el sitio de inoculación ni en los nódulos linfáticos cercanos?

¿Sabe usted que a día de hoy y contando solo Europa, Reino Unido y Estados Unidos, las "vacunas" Covid han causado más de 50 000 muertos y casi 5 millones de afectados, de los cuales más del 50%, han sido graves? ¿Sabe que el 50 % de las muertes ocurren dentro de las primeras 24 horas y el 80% ocurren dentro de la primera semana?

¿Sabe usted que en Estados Unidos (país con una tasa alta de "vacunación") ha habido un aumento del 1000% en los eventos adversos después de las "vacunas" Covid, en comparación con todas las vacunas en años anteriores? ¿Sabe que se ha producido un aumento del 5427% en las muertes después de las inyecciones antiCovid-19? ¿Y que se ha producido un aumento del 1373% en las reacciones adversas después de las "vacunas" en comparación con todas las demás vacunas administradas durante los últimos 10 años? ¿Sabe que, por ejemplo, en años anteriores de informes de lesiones por vacunas, se registró un promedio de solo 1.4 casos de embolia pulmonar después de la vacunación y en 2021, se ha informado de embolia pulmonar 1131 veces?

¿Sabe usted que en el Reino Unido ha habido más muertes en 10 meses debido a las "vacunas" Covid-19 que debido a todas las demás "vacunas" disponibles desde el año 2001? ¿Sabe que en Suecia, durante los primeros diez meses de "vacunación", se han notificado 83 744 efectos secundarios, un cifra que multiplica por 10 los que se han notificado en los años anteriores para todos los medicamentos y vacunas, un total de unas 25 000 sustancias?

¿Sabe usted que a finales de marzo, principios de abril de 2021, según los datos de los CDC, hubo un aumento repentino en el número de muertes anormales registradas por semana, subiendo repentinamente a 2000 por semana a mediados de abril, antes de aumentar a más de 7000 por semana a mediados de septiembre, lo que representa un aumento del 600% en el promedio observado cada semana antes del inicio del lanzamiento de la "vacunación" Covid-19?

¿Sabe usted que el riesgo de morir a causa de una "vacuna" Covid es aproximadamente 175 veces mayor que el riesgo de morir después de recibir una vacuna contra la gripe multidosis? ¿Y que con más de 4 mil millones de dosis de sueros experimentales administradas en todo el mundo, de 800 000 a 2 millones de las llamadas "muertes por Covid-19" pueden ser muertes inducidas por "vacunas"?

¿Sabe usted que la cantidad de casos nuevos de Covid (es decir, pruebas positivas) después del inicio de la campaña de inyecciones de "vacunas" es 3.8 veces mayor que antes del lanzamiento de las inyecciones, y que la tasa diaria de

muerte por Covid es 3.82 veces mayor? ¿Y que en 13 países el número de muertes por Covid, es 11.61 veces mayor después de la "vacunación", en comparación con antes de que se implementaran los pinchazos? ¿Sabe que en cinco de los 13 países, un enorme 90% de sus muertes por Covid-19 se han registrado después de que comenzaron sus campañas de "vacunación"?

¿Sabe usted que para las personas sin comorbilidades (presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial), la "vacuna" es dañina para todas las edades? ¿Y que las personas con pauta completa tienen 6 veces más probabilidades de morir por todas las causas que las personas no "vacunadas"? ¿Sabe que el riesgo de desarrollar Covid-19 sintomático es hasta 27 veces mayor entre los "vacunados" y el riesgo de hospitalización hasta 8 veces mayor?

¿Sabe usted que la tasa de mortalidad por hospitalización por Covid-19 entre los menores de 50 años totalmente "vacunados" es un 175% más alta que la tasa entre los menores de 50 años no "vacunados"? ¿Sabe que hay 5 veces el número de muertes atribuibles a cada inoculación en comparación con las atribuibles a Covid-19 en el grupo demográfico más vulnerable de 65 años o más? ¿Y que las personas tienen 71 veces más riesgo de sufrir un ataque cardíaco después de las "vacunas" Covid-19 que cualquier otra vacuna?

¿Sabe usted que lo que las "vacunas" inducen al ser inoculadas, es la formación de la proteína Spike? ¿Y que dicha proteína sola es justamente la que causa el daño y no el supuesto virus y por tanto, están obligando a su cuerpo a generar justo aquello que provoca el mal? ¿Sabe que la proteína Spike no se debería usar de ninguna forma por ser patógena y provocar una lista interminable de daños graves a su salud?

¿Sabe usted que la famosa proteína Spike de varias formas, favorece el desarrollo de cáncer? ¿Sabe que hasta en el 50% de los "vacunados", las "vacunas" Covid pueden inducir inmunosupresión temporal o desregulación inmunitaria (linfocitopenia) que puede durar aproximadamente una semana o posiblemente más? ¿Y que las "vacunas" de ARNm antiCovid "reprograman" (es decir, influyen) en las respuestas inmunitarias adaptativas e innatas y, en particular, regulan negativamente la llamada vía TLR4, que se sabe que desempeña un papel importante en la respuesta inmunitaria a las infecciones y células cancerosas?

¿Sabe usted que si ya hay un tumor en alguna parte, conocido o desconocido, o si existe una predisposición a un cierto tipo de cáncer, tal estado de inmunosupresión o desregulación inmunológica inducida por la "vacuna" podría desencadenar un crecimiento tumoral repentino y cáncer en unas semanas tras la 'vacunación? ¿Sabe que también se ha observado la reactivación posterior a la "vacunación" de infecciones virales latentes, incluido el virus de la culebrilla, el VEB (Epstein-Barr) y el virus de la hepatitis? ¿Y que la inmunosupresión temporal inducida por la "vacuna" también es un factor que puede contribuir al pico posterior a la "vacunación" en las infecciones por coronavirus observado en muchos países?

¿Sabe usted que las proteínas de la "vacuna" penetran en los núcleos de las células y causan estragos en el mecanismo de reparación del ADN de dichas células, suprimiendo la reparación del ADN en un 90%? ¿Y que las "vacunas" de ARNm provocan alteraciones cromosómicas en las células del cuerpo? ¿Sabe que esto es una confirmación de que tales "vacunas" están causando estragos en la integridad genética y exhibiendo efectos secundarios que no han sido previstos o descritos por los proponentes de la "vacuna" de ARNm?

¿Sabe usted que las personas "vacunadas" expuestas a la radiación 5G, los exámenes de mamografía, los plastificantes químicos en los productos alimenticios y los carcinógenos en los productos de cuidado personal (detergentes para ropa, perfumes, champús, lociones para la piel, etc.) no podrán reparar el daño del ADN causado por esas exposiciones y después de exposiciones relativamente pequeñas, pueden comenzar a mutar y desarrollar cánceres en todo el cuerpo?

¿Sabe usted que la proteína Spike también afecta a su capacidad para tener descendencia? ¿Sabe que daña la placenta en las mujeres "vacunadas"? ¿Y que la fertilidad de las mujeres disminuye cuanto más se "vacunan" las mujeres? ¿Sabe que el daño a la fertilidad pronto debería parecer aún más severo debido al efecto de las "vacunas" en los hombres y el embarazo? ¿Y que mínimo el 80% de los embarazos terminan en abortos espontáneos en los primeros tres meses de embarazo, después de la "vacuna"? ¿Sabe que en Estados Unidos ha habido más muertes fetales en los últimos 11 meses después de las inyecciones de las "vacunas" Covid que en los últimos 30 años después de todas las vacunas? ¿Y que los nacimientos no garantizan la salud de los bebés nacidos de padres "vacunados"?

¿Sabe que la proteína espiga (Spike), además de todo lo dicho, puede destruir su inmunidad natural? ¿Y que facilita los procesos inflamatorios y la susceptibilidad a enfermar por cualquier patógeno? ¿Sabe que atacan hasta 28 tejidos humanos, lo cual, facilita las enfermedades autoinmunes?

¿Sabe usted que las "vacunas" de ARNm, afectan a sus células? ¿Y que el 62% de los pacientes recientemente "vacunados" tienen evidencia de coagulación y presentan daños permanentes? ¿Sabe que las "vacunas" Covid destrozan las células T y el sistema inmunológico?

¿Sabe usted que las "vacunas" Covid son un ataque a la infraestructura crítica del cuerpo, el sistema vascular y, en particular, el fino tapiz de células que recubren las paredes de los vasos sanguíneos? ¿Sabe que crea una situación en la que su cuerpo ataca brutalmente su propio sistema circulatorio generando coágulos de sangre y vasos sanguíneos con fugas?

¿Sabe usted que si se "vacuna", su sistema inmunológico se deteriorará alrededor de un 5% por semana? ¿Y que estas degradaciones del sistema inmunológico podrían estar causadas por ADE (mejora dependiente de anticuerpos, donde los anticuerpos, supuestamente, inducidos por la "vacuna" comienzan a funcionar a la inversa) y ser específica para la Covid (facilitando su infección), o podrían ser

más generales y dar como resultado una forma de SIDA mediado por la "vacuna" (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)? ¿Sabe que esto es confirmado por los propios datos del ensayo de fase III de Pfizer? ¿Y que si toma una "vacuna" de refuerzo, se está administrando una forma progresiva aún más rápida de SIDA?

¿Sabe usted que según los propios datos del estudio de fase III de Pfizer, se salva una vida Covid por cada 22 000 personas inoculadas con el suero? ¿Sabe que extrapolando esos datos y analizando las cifras VAERS, las "vacunas" son las responsables de la muerte de 15 personas por cada vida Covid que pudieran salvar?

¿Sabe usted que todas las "vacunas" Covid-19 autorizadas actualmente se fabrican utilizando células fetales abortadas? ¿Y que a través de un proceso llamado mutagénesis por inserción, el ADN extraño se puede incorporar al ADN del huésped y causar mutaciones genéticas, cáncer y otros problemas de salud? ¿Sabe que la recombinación homóloga, otro tipo de mutación que involucra fragmentos de ADN, puede causar una enfermedad grave?

¿Sabe usted que se han encontrado pruebas de que Pfizer violó los protocolos del estudio y manipuló los datos con el fin de obtener una autorización de emergencia para que su "vacuna" experimental de ARNm antiCovid-19 se administre a niños? ¿Y que el análisis de riesgo-beneficio de la FDA en relación con la aplicación de la autorización de uso de emergencia de Pfizer para inyectar a niños de 5 a 11 con su "vacuna" Covid-19, es un documento con serios fallos que, "curiosamente", facilitan la concesión de dicha autorización?

¿Sabe usted que la incidencia del síndrome en niños es del 0.0%? ¿Sabe que 1 de cada 1 700 000 niños fallecieron de Covid en los primeros 18 meses de "pandemia", mientras que 1 de cada 9 sufre una reacción adversa grave tras la inoculación del suero? ¿Y que casi un 86% de los niños en los que se ensayó la "vacuna", sufrieron efectos secundarios?

¿Sabe usted que para los menores de 19 años, la tasa de supervivencia es casi del 100%? ¿Y que los datos de seroprevalencia de 8 países nos dicen que la tasa de mortalidad por infección para los niños de 0 a 9 años es inferior a 1 en 200 000 (menos de 5 en 1 millón) y de 1 / 55 000 para los de 10 a 19 años? ¿Sabe que incluso el riesgo de hospitalización como resultado de una infección por supuesto Covid, es bastante bajo? ¿Sabe que si se infectan con Covid-19, los niños de 0 a 9 años tienen en promedio una probabilidad del 0.1% o 1/1000 de ser hospitalizados y, para las edades de 11 a 19 años, un 0.2% o 1/500 de posibilidades de ser admitidos en el hospital?

¿Sabe usted que para los niños con comorbilidades, el riesgo de muerte relacionado con la "vacunación" es de 41 a 56 veces mayor que con Covid-19? ¿Y que dado que ningún niño sano ha muerto de Covid-19, el riesgo derivado de la "vacunación" es simplemente infinitamente mayor?

¿Sabe usted que en el Reino Unido, se ha producido un aumento del 52% en las muertes de niños en comparación con el promedio de cinco años desde que se les

ofreció la "vacuna" Covid-19? ¿Y que los niños tienen un 69% más de probabilidades de ser hospitalizados con Covid-19 si están completamente "vacunados"?

¿Sabe usted que los niños tienen más probabilidades de contraer enfermedades graves o morir de gripe que de Covid-19? ¿Y que tienen 15 veces menos probabilidades de ser hospitalizados con la enfermedad que las personas de 85 años o más, y 570 veces menos probabilidades de morir? ¿Sabe que 1 de cada 350-400 niños "vacunados" podría sufrir una depresión severa y necesitar hospitalización?

¿Sabe usted que la campaña de "vacunación" Covid-19 ha sido significativamente más dañina y mortal que la campaña de vacunación contra la influenza? ¿Sabe que ha habido 106 veces más reacciones adversas, 189 veces más muertes y 195 veces más hospitalizaciones debido a la inyección de Pfizer Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza combinadas? ¿Y que ha habido 118 veces más reacciones adversas, 174 veces más muertes y 140 veces más hospitalizaciones debido a la "vacuna" de Moderna Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza combinadas? ¿Sabe que, precisamente, son estas dos las que están autorizadas para "vacunar" a los adolescentes? ¿Y que será la de Pfizer la que se utilice para pinchar a los niños de 5 a 11 años?

¿Sabe usted que hay más de 900 tipos de eventos adversos informados después de la "vacunación" con Pfizer que nunca se han informado después de las vacunas contra la influenza, incluidos 11 casos de síndrome inflamatorio multisistémico (MS-C) que ocurrieron sin antecedentes previos de infección por Covid?

¿Sabe usted que las autoridades sanitarias de Taiwán han suspendido la administración de segundas dosis de la "vacuna" Pfizer-BioNTech contra la Covid para jóvenes de entre 12 y 17 años, citando preocupaciones sobre un mayor riesgo de inflamación cardíaca? ¿Sabe que hay países como: Suecia, Finlandia, Islandia o Dinamarca, que han suspendido temporalmente (en el caso de Suecia la suspensión es indefinida) la utilización del suero de Moderna para menores de 30 años por el riesgo para su salud? ¿Y que otros como Noruega o Francia, recomiendan no inocularse con ella?

¿Sabe usted que de cada 28 millones de niños que son inoculados con los sueros experimentales, 14 como máximo se "salvan" del "virus"? ¿Y que al menos 1400 niños morirán a causa de estas inyecciones sólo en Estados Unidos? ¿Sabe que el NNTV (número de niños necesario a "vacunar") para prevenir una sola muerte en este grupo de edad es de 1 261 550? ¿Y que por cada niño salvado, otros 117 morirán? ¿Sabe que según los propios informes de los CDC, podemos esperar que de cada 18 hospitalizaciones infantiles prevenidas, al menos 43 terminarán en el hospital por todas las causas después de la "vacunación"?

Por si fueran pocos los eventos adversos causados por el suero experimental de Pfizer en adultos y adolescentes, ¿sabe usted que Pfizer en su "vacuna" para niños de 5 a 11 años ha hecho un cambio de ingredientes y ha añadido como una "defensa" un ingrediente llamado trometamina (Tris), supuestamente, para un

mejor perfil de estabilidad pero no dice que una de sus principales funciones consiste en aumentar la permeabilidad de la pared celular y que es un agente reductor de ácido en la sangre que se utiliza por vía intravenosa para estabilizar a las personas que sufren ataques cardíacos y durante la cirugía de corazón?

Cito textualmente lo que dice una publicación: "Cuando se utiliza la Tris en concentraciones como defensa en soluciones salinas fisiológicas, puede ejercer efectos tóxicos en la transmisión neuromuscular en el músculo liso y cardíaco, aunque no en el músculo esquelético. Los efectos son variables, principalmente presinápticos, y parecen afectar la transmisión motora y en especial a la adrenérgica. Es posible que se relacionen con acciones metabólicas intracelulares de Tris".

¿Sabe usted que entre los muchos efectos secundarios causados por Tris se encuentran: depresión respiratoria, irritación local, inflamación tisular, infección en el lugar de la inyección, respuesta febril, flebitis química, venospasmo (espasmos venosos), hipervolemia, trombosis intravenosa, extravasación (con posible necrosis y desprendimiento de tejidos), disminuciones transitorias de las concentraciones de glucosa en sangre, hipoglucemia y necrosis hepática con la infusión a través de catéteres venosos umbilicales bajos?

¿Sabe usted que cualquier inyección/inoculación masiva, o incluso ensayos clínicos, en niños con riesgo casi nulo de propagación y enfermedad/muerte, está contraindicada y está potencialmente asociada con un daño significativo?

A pesar de los esfuerzos de los medios tradicionales y de las distintas administraciones por ocultar el hecho, el supuesto virus SARS-CoV-2 representa un riesgo prácticamente nulo para los niños, además, como ha quedado demostrado, la inmunidad natural es muy superior a la teórica supuestamente adquirida tras la inoculación. La gran mayoría de los niños sin comorbilidades previas, si lo contraen, no sufrirán más que resfríos, si es que muestran algún síntoma. ¿Sabe usted que una vez que se exponen a él, su sistema inmunológico siempre estará alerta no solo del invasor original, sino de casi todas las variantes que genera con el tiempo? ¿Y que esta robusta inmunidad probablemente durará toda su vida?

¿Sabe usted que si "vacuna" a personas jóvenes y sanas, como son los niños y adolescentes sin comorbilidades, solo erosionará su inmunidad innata protectora frente a los coronavirus (CoV) y otros virus respiratorios? ¿Sabe que el maravilloso proceso por el cual el cuerpo humano produce inmunidad natural a un virus nuevo que nunca antes había encontrado, quedará cortocircuitado si reciben un pinchazo de suero de ARNm? Estará cometiendo lo que se llama el "pecado antigénico original", ¿sabe usted que dicho "pecado antigénico original", hace que la respuesta inmune no alcance el objetivo, como consecuencia de que una mala asignación de los recursos inmunológicos del cuerpo, como podríamos llamarlos, parece silenciar el desarrollo del tipo de inmunidad robusta y duradera que resulta de una infección natural?

¿Sabe usted que las "vacunas" antiCovid-19 administradas a los adolescentes tienen 7.5 veces más muertes, 15 veces más discapacidades y 44 veces más hospitalizaciones que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA combinadas, que están recibiendo estos adolescentes? ¿Sabe que los adolescentes tienen 50 veces más probabilidades de tener una enfermedad cardíaca después de las "vacunas" Covid que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA en 2021 combinadas?

¿Sabe usted que las "vacunas" de Pfizer y Moderna, aumentan el riesgo de que se produzcan miocarditis y pericarditis (son inflamaciones del corazón, la primera afecta al miocardio, el músculo principal del corazón, y la segunda al pericardio, la membrana que rodea el corazón) a los 7 días de la "vacunación", y con mayor frecuencia en hombres menores de 30 años?

¿Sabe usted que en Alemania ha habido un aumento significativo de las admisiones en hospitales por motivos cardiovasculares, con la mayoría de las semanas por encima del 50% en comparación con los últimos años (este fenómeno ha continuado durante los últimos meses)? ¿Y que al mismo tiempo que la campaña de "vacunación" de Alemania se abrió a los más jóvenes y tuvo un aumento significativo de las "vacunaciones" diarias, comenzó el aumento de las admisiones a la sala de emergencias por razones cardiovasculares?

¿Sabe usted que en Inglaterra, el aumento en las llamadas de 'paro cardíaco o respiratorio' comenzó, y se ha mantenido en un nivel elevado, desde finales de junio, justo cuando se abrió la campaña de "vacunación" Covid a los adultos más jóvenes?

¿Sabe usted que en comparación con la vacuna contra la gripe, los informes de eventos adversos en general, y de problemas cardíacos en particular, son dramáticamente más altos en asociación con las "vacunas" Covid en comparación con las vacunas contra la gripe?

Cito textualmente las conclusiones de una publicación: "Concluimos que las 'vacunas' de ARNm (Pfizer y Moderna) aumentan drásticamente la inflamación en el endotelio y la infiltración de células T del músculo cardíaco y pueden explicar las observaciones de aumento de trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares después de la 'vacunación'".

¿Sabe usted que en Estados Unidos, hasta el 12 de noviembre, según los últimos datos de VAERS para el rango de edad de 12-17 años, tras "vacunarse", se han producido 17 725 eventos adversos en total, incluidos 1627 clasificados como graves y 32 muertes notificadas?

¿Sabe usted que la efectividad real de las "vacunas" es muy inferior a la que dicen sus fabricantes? ¿Sabe que la supuesta eficacia decreciente de las "vacunas" no se acerca asintóticamente a cero (lo que significaría que las "vacunas" simplemente pierden eficacia con el tiempo), sino que pasa directamente por cero y luego se vuelve peligrosamente negativa (lo que significa que las "vacunas" se vuelven tóxicas para su sistema inmunológico)?

¿Sabe que la eficacia de todas las "vacunas" antiCovid disponibles combinadas es tan baja como – 85.71% en el grupo de edad de 40 a 49 años, y tan alta como – 3.4% en el grupo de edad de 30 a 39 años? ¿Y que al combinar los números proporcionados para todos los grupos de edad mayores de 30 años, la efectividad promedio de la "vacuna" de - 47.69%? ¿Sabe que esto muestra que las "vacunas" Covid-19 están haciendo que las personas sean más susceptibles a contraer Covid-19, en lugar de prevenir los casos de Covid-19 en el 95% que se afirma? Si analizamos la evolución temporal, ¿sabe que la efectividad negativa promedio en todas las personas mayores de 18 años es superior al -70%?

¿Sabe, por ejemplo, que realmente son necesarias 119 personas "vacunadas" con Pfizer, para prevenir que 1 no se contagie y que esto mismo sucede con todas las "vacunas"? ¿Sabe que los "vacunados" presentan una carga viral hasta 251 veces mayor que la de los no "vacunados" y por tanto, pueden ser mucho más contagiosos?

¿Sabe usted que los países con programas de "vacunación" activos tienen más muertes por supuesto Covid que los que no los tienen? ¿Y que los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por supuesto Covid? ¿Sabe que las muertes por supuesto Covid han aumentado con la "vacunación" después de que se implementaron los programas de "vacunación"? Por ejemplo, ¿sabe usted que en el Reino Unido desde hace meses, al menos un 75% de las muertes, es de "vacunados"? ¿Y que al menos un 60% de las hospitalizaciones es de "vacunados"? ¿Y que al menos un 55% de los nuevos contagios es de "vacunados"?

¿Sabe usted que el análisis mundial de 188 países muestra una correlación global masiva entre la "vacunación" y las tasas más altas de casos Covid, lo que muestra que el mundo está experimentando actualmente una "pandemia de vacunados" y no de "no vacunados" como nos quieren hacer creer? ¿Sabe que si hacemos una comparación de la incidencia de Covid en los últimos 14 días por cada 100 000 habitantes, entre países con tasas altas de "vacunación" y los de baja, observamos que los países con baja tasa (media de 0.65% de la población) presentan 33 veces menos incidencia que los países con una alta tasa (media 53.6% de la población)?

¿Sabe usted que los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus, nunca han involucrado el uso del virus SARS-CoV-2 en sí? ¿Y que en su lugar han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes, como levadura, fagos o expresión de otro virus? ¿Sabe que es científicamente imposible hablar de variantes de un determinado virus, sin antes demostrar su existencia? ¿Y que en el caso hipotético de que existiera, las "famosas" variantes serían originadas por las propias "vacunas"? ¿Sabe que serían, justamente, las "vacunas" las que convertirían al supuesto virus en algo teóricamente mucho más peligroso?

¿Sabe usted que su inmunidad innata le protege y proporciona una especie de inmunidad colectiva diluyendo la presión de CoV infecciosa a nivel de la población,

mientras que la "vacunación" masiva convierte a los inoculados en transmisores de variantes más infecciosas?

Dado que las "vacunas" atenuan la respuesta inmune del cuerpo a otras variantes, ¿sabe usted que la campaña de "vacunación" masiva de países de todo el mundo puede conducir a repetidas oleadas de infección, cada una de las cuales se enfrentará a un intento frenético y, en última instancia, inútil de administrar inyecciones de refuerzo a todos, lo que en el mejor de los casos, solo ofrecerá una teórica protección temporal y limitada hasta que aparezca la siguiente variante (cosa que ni siquiera hacen estos sueros, puesto que su efectividad cae a cero inmediatamente después del pinchazo, para luego convertirse en negativa)? La mejor ilustración de la vida real del pecado antigénico original proviene del esfuerzo por desarrollar una vacuna para el dengue, que la gente contrae por la picadura de un mosquito infectado. Hay cuatro variantes principales del virus del dengue y la vacuna original solo cubría una de ellas. Los refuerzos posteriores para las otras variantes resultaron ineficaces porque solo desencadenaron "la huella inmunológica de la primera vacuna".

¿Sabe usted que el peligro que puede surgir de las "vacunas" de ARNm no es solo que, supuestamente, confieren inmunidad estrecha a una variante específica, sino que pueden socavar la respuesta de nuestro sistema inmunológico a variantes futuras, lo que lleva a infecciones más prolongadas y graves?

¿Sabe usted que en los geles desinfectantes de manos, según sea su composición, puede haber sustancias que alteran el sistema endocrino y que se han asociado con el cáncer de mama y daños reproductivos? ¿O que pueden causar trastornos sanguíneos, incluida la leucemia? ¿O que producen alergias y también pueden alterar los niveles de tiroides? ¿O que pueden permitir una mayor absorción de otros ingredientes potencialmente dañinos? ¿O que pueden producir alteraciones hormonales, cáncer, daño hepático y el desarrollo de supergérmenes? ¿O que pueden producir irritación de la piel, los pulmones y los ojos y la alteración endocrina? ¿O que pueden dañar el hígado, provocar ceguera y afectar los riñones, incluso, en el caso de sobreexposición, causar la muerte?

¿Sabe usted que el uso excesivo del desinfectante de manos puede ser peligroso, especialmente para los niños, porque algunos desinfectantes de manos pueden absorberse a través de la piel como una sustancia química tóxica? ¿Y que incluso una pequeña cantidad de alcohol puede causar intoxicación por alcohol en los niños que es responsable de confusión, vómitos y somnolencia, y en casos severos, paro respiratorio y muerte?

¿Sabe usted que la toxicidad del etanol también se asocia con depresión respiratoria que resulta en paro respiratorio, hipotermia, arritmias cardíacas con posible paro cardíaco, hipoglucemia, cetoacidosis e hipotensión? ¿Y que el contacto dérmico del etanol causa irritación y afección alérgica de la piel y los ojos, mientras que la exposición prolongada produce sequedad o agrietamiento de la piel con descamación, enrojecimiento o picazón? ¿Sabe que la piel seca y dañada es semillero de muchas enfermedades que causan bacterias con mayor riesgo de entrada de virus en la piel?

¿Sabe usted que el uso excesivo de desinfectantes en algunos casos puede aumentar el riesgo de brotes virales? ¿Y que la exposición repetida a desinfectantes, antibióticos u otros químicos genotóxicos induce a los microbios a tener mutaciones a través de procesos naturales que los hacen resistentes para sobrevivir?

¿Sabe usted que en las "vacunas", hay "sustancias" incluso de las declaradas, que podemos definir como "inquietantes", que pueden ser potencialmente peligrosas y que pueden ocasionarle problemas de salud de diferente gravedad?

¿Sabe usted que la sangre de personas "vacunadas" ha sido analizada por varios científicos y los resultados han sido descritos por todos ellos como "horribles y aterradores"? ¿Sabe que presenta estructuras inusuales en forma de tubo, algunas partículas que se iluminan y muchas células dañadas? ¿Y que son visibles pocas células sanas? ¿Y que todos los inoculados presentan daños extremos en los glóbulos rojos (se observa la formación de rouleaux apilados que son una forma extrema de daño a los glóbulos rojos, por el cual se pegan entre sí, ya no pueden transportar oxígeno de manera efectiva y obstruyen los vasos sanguíneos pequeños, lo que contribuye a la formación de coágulos de sangre mortales)?

Si usted ha leído algo que le resulte preocupante en este documento, le invito a que, al menos, lea detenidamente las conclusiones de mi informe a las que puede acceder aquí y si desea más información, le invito a leer el informe completo.

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Actualmente, la misión del laboratorio está basada, además de en la obtención de informes en un tiempo que asegure el apoyo a la clínica en la prevención y seguimiento terapéutico de enfermedades; en que esa información sea segura, precisa y de calidad para el paciente.

Las especificaciones técnicas que definen una prueba de laboratorio son: la sensibilidad, precisión, exactitud o especificidad; que se relacionarán directamente con el error o incertidumbre de dicha prueba, definidos como imprecisión (error aleatorio) e inexactitud (error sistemático).

El error se define, como la diferencia entre el valor verdadero y el obtenido experimentalmente. Los errores no siguen una ley determinada y su origen está en múltiples causas.

Se denomina error sistemático a aquel que es constante a lo largo de todo el proceso de medida y, por tanto, afecta a todas las medidas de un modo definido y es el mismo para todas ellas. Estos errores tienen siempre un signo determinado y las causas probables pueden ser:

- Errores instrumentales. También conocido como de aparatos, por ejemplo, el error de calibrado de los instrumentos.
- Error personal. En general, difícil de determinar y es debido a las limitaciones de carácter personal. Como, por ejemplo, los problemas de tipo visual.
- Errores de método de medida. Corresponden a una elección inadecuada del método de medida; lo que incluye tres posibilidades distintas: la inadecuación del aparato de medida, del observador o del método de medida propiamente dicho.

Se denominan errores accidentales a aquellos que se deben a las pequeñas variaciones que aparecen entre observaciones sucesivas realizadas por el mismo observador y bajo las mismas condiciones. Las variaciones no son reproducibles de una medición a otra y se supone que sus valores están sometidos tan sólo a las leyes del azar y que sus causas son completamente incontrolables para un observador. En su mayoría, presentan un valor absoluto muy pequeño y si se realiza un número suficiente de medidas, se obtienen tantas desviaciones positivas como negativas. Aunque con los errores accidentales no se pueden hacer correcciones para obtener valores más concordantes con los reales, sí pueden emplearse métodos estadísticos, mediante los cuales se pueden llegar a algunas conclusiones relativas al valor más probable en un conjunto de mediciones.

- La exactitud se define como el grado de concordancia entre el valor "verdadero" y el experimental. De manera que un aparato es exacto, si las

medidas realizadas con él son todas muy próximas al valor "verdadero" de la magnitud medida.

- La precisión hace referencia a la concordancia entre las medidas de una misma magnitud realizadas en condiciones sensiblemente iguales. De modo que, un aparato será preciso cuando la diferencia entre diferentes mediciones de una misma magnitud sean muy pequeñas.

- La sensibilidad, es el factor de respuesta del método o lo que es lo mismo, el cociente entre la variación de señal asociada a un determinado analito y la variación de su concentración o cantidad de un determinado patrón o estándar del mismo (si tuviésemos un solo patrón simplemente es el cociente entre señal debida al analito y concentración del mismo en la muestra o espécimen obtenido del paciente).

- La especificidad (también llamada selectividad), se define como la capacidad de un método analítico para medir exacta y específicamente el analito (elemento o sustancia analizada) sin interferencias de impurezas, productos de degradación o excipientes que pueden estar presentes en la muestra.

Un 25-30% de los errores del laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse prevenido. Otro conocido estudio en atención primaria de salud sobre la seguridad del paciente, concluyó que la prevalencia de eventos adversos fue de un 11.18%, siendo claramente evitables en un 70.2% de los casos. Dentro del proceso del laboratorio la identificación incorrecta de pacientes o muestras (22.06%), el retraso en la ejecución (32.35%), el retraso en el resultado (29.41%), el resultado erróneo (2.94%), el resultado de otro paciente (7.35%) y la indicación incorrecta de la prueba (4.41%); son las principales causas de error.

Pruebas analíticas para la detección de SARS-CoV-2

PCR

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR), es una técnica relativamente simple y ampliamente utilizada en el campo de la biología molecular para amplificar y detectar secuencias de ADN y ARN. Comparada con los métodos tradicionales de amplificación y clonación de ADN, los cuales a menudo toman días, la PCR requiere solo unas pocas horas. Es altamente sensible y requiere una plantilla mínima para la detección y amplificación de secuencias específicas. Lo métodos básicos de PCR han tenido grandes avances y hoy en día se puede hacer mucho más que simplemente amplificar fragmentos de ADN o ARN. A continuación se presenta un breve resumen de los principales tipos de PCR y sus diferencias (1) (2 (enlace alternativo)) (3).

A)*PCR*. **Es una prueba para uso en investigación** por la que su descubridor, Kary Mullis, recibió el premio Nobel de química en 1993. Se basa en la propiedad del ADN de autorreplicarse, por lo que en determinadas condiciones un fragmento o secuencia de ADN se puede copiar y multiplicar hasta llegar a concentraciones mensurables. Para el diseño de la PCR, es preciso contar con una serie de reactivos entre los que destaca la enzima ADN polimerasa, nucleótidos (elementos básicos de construcción de los ácidos nucleicos) y cebadores o iniciadores (primers) que son pequeñas cadenas de ADN que si son específicas se unirán al ADN diana (para formar la doble cadena característica del ADN) y en condiciones propicias químicas y físicas, irán incorporando nucleótidos hasta amplificar la secuencia original.

El mecanismo de la PCR es tan simple como su propósito: 1) El ADN doble cadena (dsADN) es desnaturalizado (separado en cadenas sencillas) por calor. 2) Los primers se unen a las secuencias compatibles en el ADN cadena sencilla. 3) Los primers son extendidos por la ADN polimerasa (en dirección 5' – 3'), dando como resultado dos copias de la molécula original de ADN doble cadena. Estas tres etapas comprenden un ciclo de amplificación en la PCR. Cada paso del ciclo debe ser optimizado por el investigador de acuerdo al ADN molde y el set de primers utilizados. Este **ciclo de amplificación se repite usualmente de 20 – 35 veces** y el producto amplificado puede ser analizado. La PCR es muy utilizada para amplificar el ADN para su posterior uso en otros experimentos. Esta técnica también tiene aplicaciones en pruebas genéticas o para la detección de ADN patógeno.

Como la PCR es un método altamente sensible y requiere volúmenes de reacción muy pequeños, es recomendable la preparación de una mezcla maestra (master mix) para varias reacciones. La mezcla maestra debe estar bien mezclada y debe dividirse por el número de reacciones, asegurando que cada reacción contenga la misma cantidad de enzima, dNTPs y cebadores (primers). Muchos proveedores ofrecen mezclas de PCR que ya contienen todo, excepto los primers y el ADN molde.

Las regiones con alto contenido de Guanina/citosina (GC) representan un desafío en técnicas de PCR convencional. Las secuencias ricas en GC son más estables que las secuencias con menor contenido (la guanina y la citosina se unen mediante tres puentes de hidrógeno, mientras que la timina y la adenina se unen mediante dos). Además, las secuencias ricas en GC tienden a formar estructuras secundarias, tales como bucles. Como resultado, las cadenas dobles ricas en GC son difíciles de separar por completo durante la fase de desnaturalización. En consecuencia, la ADN polimerasa no puede sintetizar la nueva cadena sin impedimento alguno. Una temperatura de desnaturalización más alta puede mejorar esto y ajustes hacia una temperatura de unión más alta y un tiempo de unión más corto, pueden evitar la unión inespecífica de primers ricos en GC. Ciertos reactivos adicionales pueden mejorar la amplificación de secuencias ricas en GC. El DMSO, el glicerol y la betaína ayudan a interrumpir las estructuras secundarias que son causadas por las interacciones GC y por lo tanto facilitan la separación de las hebras dobles.

B)*RT-PCR*. Cuando el material que se quiere amplificar es ARN, es preciso realizar un paso previo que consiste en transcribir la información contenida en dicho ARN al ADN complementario en virtud de la complementariedad de las bases y por tanto, de los nucleótidos que forman ambos ácidos nucleicos.

La PCR de transcripción inversa o RT-PCR, permite el uso de ARN como molde. Un paso adicional permite la detección y amplificación del ARN. El ARN se transcribe de forma inversa en ADN complementario (cADN) utilizando una transcriptasa inversa. La calidad y pureza del ARN molde es esencial para el éxito de la RT-PCR. El primer paso, es la síntesis de un híbrido ADN/ARN. La transcriptasa inversa también tiene una función RNasa H, que degrada la porción de ARN del híbrido. La molécula de ADN de cadena sencilla restante, sirve entonces como molde para la formación de cADN, mediante la actividad ADN polimerasa dependiente de ADN, de la transcriptasa inversa. La eficiencia de la reacción de la primera cadena puede afectar al proceso de amplificación. A partir de aquí, se utiliza el procedimiento de PCR convencional para amplificar el cADN. La posibilidad de revertir el ARN en cADN por RT-PCR tiene muchas ventajas. El ARN es monocatenario y muy inestable, lo que dificulta el trabajo con este material. Más comúnmente, sirve como un primer paso en qPCR, que cuantifica la cantidad de ARN que ha sido transcrito en una muestra biológica.

C)*RT-qPCR*. También llamada PCR cuantitativa o a tiempo real; consiste en una RT-PCR con la que además de identificar un fragmento de ARN, se pretende cuantificar. Para ello se añade a los cebadores un reactivo más, una sonda (probe) que consiste en un oligonucleótido (secuencia corta de ADN específico) marcado con un colorante fluorescente que permitirá medir la señal por emisión de dicha fluorescencia si se une al objetivo buscado.

Es un método nuclear que detecta la presencia de material genético específico de los patógenos, como los virus. Inicialmente el método utilizaba marcadores de isótopos radiactivos para detectar materiales genéticos específicos pero, tras la realización de mejoras, el marcado isotópico se ha sustituido por marcadores especiales, que suelen ser colorantes fluorescentes. A diferencia de la RT-PCR convencional, que solo arroja los resultados al final, esta técnica permite a los científicos observar los resultados de manera casi inmediata mientras el proceso sigue en curso. En el caso del coronavirus; se toma una muestra de una de las partes del cuerpo donde, supuestamente, se acumula el coronavirus, por ejemplo, la nariz o la garganta; se le aplican diversas soluciones químicas para eliminar ciertas sustancias, como las proteínas y las grasas, y se extrae solo el ARN de la muestra. Este extracto de ARN, consiste en una mezcla del material genético de la persona y, de estar presente, del ARN del coronavirus. Se procede a la transcripción inversa del ARN para convertirlo en ADN mediante una enzima específica. A continuación, los científicos añaden pequeños fragmentos adicionales de ADN que complementan determinadas partes del ADN vírico transcrito. Esos fragmentos se adhieren a partes específicas del ADN vírico de estar el virus presente en la muestra. Algunos de los fragmentos genéticos añadidos, sirven para crear la cadena de ADN durante la amplificación y otros, para producir ADN y añadir marcadores a las cadenas que se utilizan posteriormente para detectar el virus. A continuación, se introduce esa combinación en un aparato de RT-PCR,

donde se someten a ciclos de calor-frío para provocar determinadas reacciones químicas que dan lugar a nuevas copias idénticas de partes específicas del ADN vírico. Esos ciclos se repiten una y otra vez para seguir copiando las partes específicas del ADN vírico. En cada uno de ellos se duplican las cantidades: de dos copias, se pasan a cuatro; de cuatro, a ocho, y así sucesivamente. Para ello, se realizan tres pasos en cada ciclo (4) (5):

- *Desnaturalización*. Se calienta a más de 90 grados Celsius (194 grados Fahrenheit), el tubo que contiene la muestra de ADN. Esto logra separar el ADN bicatenario en dos cadenas. La temperatura elevada rompe las uniones relativamente débiles entre los nucleótidos que componen el código del ADN.

- *Hibridación*. Se aparean los cebadores u oligos al ADN molde. La PCR no copia todo el ADN en la muestra, sino solo una secuencia muy específica de código genético, el objetivo al cual se dirigen los cebadores de la PCR. Así por ejemplo, la Chlamydia tiene un patrón de nucleótidos específico de la bacteria, entonces la PCR copiará solamente las secuencias de ADN específicas que están presentes en la Chlamydia y ausentes en las otras especies de bacterias. Para lograr esto, se utiliza trozos cortos de ADN sintético (cebadores, oligonucleótidos sintéticos) que se unen, o hibridan, solo a secuencias en cualquier lado de la región del ADN diana. Se utiliza un cebador por cada cadena de ADN. Estos dos cebadores se unen al comienzo de la secuencia que copiarán, delimitando la secuencia. En este paso el tubo se enfría y la fijación del cebador se produce entre 40 y 60 grados Celsius (104 y 140 grados Fahrenheit). Las dos cadenas están listas para ser copiadas (amplificadas).

- *Extensión*. Copia de las cadenas delimitadas. Se eleva la temperatura aproximadamente 72 grados Celsius (161.5 grados Fahrenheit). Cada uno de los extremos 3'–OH de los oligos apareados a las cadenas directa y reversa serán extendidos, generándose las cadenas hijas correspondientes.

La amplificación de ciclo, es el nº de veces que se repite la amplificación del ADN para hacer que la posible presencia del objetivo diana, sea perceptible. Es un factor clave en la sensibilidad de la prueba y debe estar perfectamente estandarizado de acuerdo a la dosis infecciosa media de un microorganismo, si se quiere establecer una correlación con la carga viral del mismo. **Solo se detectan fragmentos del virus si la PCR da positivo a los 24 ciclos de amplificación** (6)**, una PCR por encima de 35 ciclos no es fiable** (7) **y el mismo Kary Mullis,** decía **que si había que llegar a los 40 ciclos de amplificación, algo estaba muy mal en esa PCR**. Pues bien, se sabe que **todas las pruebas RT-PCR que se han hecho en España para SARS-CoV-2, se han realizado entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos** (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19). El ciclo de cuantificación (Cq) está en el corazón de la precisión y reproducibilidad de la cuantificación. **Según las directrices MIQE: "Los valores de Cq superiores a 40 son sospechosos porque implican una baja eficiencia y generalmente no se deberían tener en cuenta"**. MIQE significa información

mínima para la publicación de experimentos de PCR cuantitativa en tiempo real y es un conjunto de directrices que describen la mínima información necesaria para evaluar las publicaciones sobre la PCR en tiempo real, también llamada PCR cuantitativa o qPCR. Las directrices MIQE se han desarrollado bajo la tutela de Stephen A. Bustin, profesor de Medicina Molecular, un experto en PCR cuantitativa de fama mundial y autor del libro A-Z of Quantitative PCR [todo sobre la PCR cuantitativa], que ha sido denominado “la biblia de la qPCR”.

En última instancia, la confiabilidad de los resultados de RT-qPCR depende de la estandarización de mediciones, especialmente cuando se utiliza como herramienta de diagnóstico. Una forma imprescindible de lograr una cuantificación confiable es incluir una molécula de ARN de número de copias conocido como un pico de ARN (lo que los CDC reconocen no tener).

La velocidad y escala de la epidemia de Covid-19 ha dado como resultado una relajación de las normas estrictas que rigen los procedimientos llevados a cabo en laboratorios de diagnóstico clínico acreditados y otros. Claramente, una consideración primordial para usar cualquier prueba nueva o modificada, es informar con precisión y sensibilidad, reduciendo el riesgo de registrar resultados falsos positivos o falsos negativos. Existe una necesidad urgente de generar estándares mínimos de validación y reporte.

Ciertamente, la inclusión de conocidos negativos y las muestras de control positivo con cada ejecución de prueba, es un parámetro de control de calidad esencial. Los cebadores y la sonda específicos del SARS-CoV-2, deben ser 100% específico para el virus y, por lo tanto, amplificar solo las secuencias virales. Los cebadores son el componente más crítico de un ensayo de RT-qPCR confiable, ya que sus propiedades controlan la exquisita especificidad y sensibilidad que hacen que este método sea excepcionalmente poderoso.

Cada prueba de diagnóstico debe interpretarse en el contexto de la probabilidad real de enfermedad, evaluada antes de realizar la prueba en sí. En el panorama epidemiológico actual, la probabilidad de que las pruebas Covid-19 den resultados falsos positivos es muy alta, con implicaciones significativas para las personas, el sistema de salud y la sociedad. **Para Covid-19, la evaluación de la probabilidad previa a la prueba incluye síntomas, historial médico previo de Covid-19 o presencia de anticuerpos, cualquier exposición potencial a Covid-19 y la probabilidad de un diagnóstico alternativo. Cuando existe una baja probabilidad previa a la prueba, los resultados positivos deben interpretarse con precaución y es necesaria una segunda muestra probada para confirmación** (20)**.**

Si una persona da positivo por PCR y se usa un umbral de 35 ciclos o más (como se describe en la mayoría de los laboratorios de Europa y EE.UU.), la probabilidad de que esta persona esté infectada es <3% y la probabilidad de que el resultado sea un falso positivo es del 97% (21)**.** En 1996, el Dr. Gary Null entrevistó al fallecido **Dr. Kary B. Mullis**, el inventor de la

prueba de PCR, afirmó **que ninguna infección o enfermedad puede diagnosticarse con precisión con la PCR**.

Uno de los principios básicos de la medicina ha sido correlacionar la sintomatología clínica, la exploración física y las pruebas complementarias para llegar a cualquier diagnóstico de enfermedad. **Asumir que una persona totalmente asintomática está enferma de Covid-19 porque un test PCR con 40 ciclos de amplificación ha dado positivo, es simplemente una falsedad científica** (22). En el estudio de **La Scola** (23), comprobaron que el porcentaje de cultivos virales positivos obtenidos de las muestras nasofaríngeas (teóricamente SARS-CoV2) y el número de ciclos a los que se detecto la infección, se correlacionaban de forma inversa. Así, mientras **con 17 ciclos el test era totalmente preciso, a partir de ese número disminuía progresivamente alcanzando un nivel de error del 100% a partir del ciclo 34.** La Dra. Dolores Cahill en octubre de 2020, emprendió un proyecto para comprobar empíricamente las irregularidades de la prueba PCR que ha sido usada como fundamento para imponer las políticas de confinamiento a a nivel mundial, lo que permitiría a la gente tomar acciones legales contra autoridades médicas y gubernamentales. El proyecto consistió **en secuenciar 1500 pruebas PCR que originalmente fueron registradas como SARS-CoV-2, pero que al ser secuenciadas en realidad resultaron ser influenza A y B**.

Si se tratase de unos pocos casos, dichos diagnósticos probablemente erróneos no tendrían demasiada importancia, pero cuando ese error probablemente implica a 2/3 de los más de 219 millones de personas diagnosticados de Covid-19 hasta la actualidad, se trata de un error de proporciones monstruosas con enormes repercusiones sociales, sanitarias y económicas a nivel mundial. **De la misma forma, una parte significativa de los fallecimientos por infartos, cáncer, accidentes cerebrovasculares, traumatismos y otras enfermedades; han sido etiquetados erróneamente con Covid-19 solo por dar positivo a un test PCR amplificado 40 ciclos o más.**

Solo un virus, probado mediante aislamiento y purificación, puede ser un estándar de oro sólido, solo el aislamiento del virus, es decir, una prueba inequívoca de virus, puede ser el estándar de oro. No hay pruebas de que el ARN que supuestamente han encontrado, sea de origen viral. Primero se necesita saber de dónde proviene el ARN para el cual están calibradas las pruebas de PCR y, para ello, primero debe ser aislado y purificado; esto es un requisito previo esencial para probar la existencia de un virus y, por lo tanto, demostrar que el ARN de la partícula en cuestión proviene de un nuevo virus.

La razón de esto, es que la PCR es extremadamente sensible, lo que significa que puede detectar incluso las piezas más pequeñas de ADN o ARN, pero no puede determinar de dónde provienen estas partículas. Eso tiene que determinarse de antemano. Y debido a que las pruebas de PCR están calibradas para secuencias de genes (en este caso, secuencias de ARN porque se cree que el SARS-CoV-2 es un virus de ARN), debemos saber que estos fragmentos de genes son parte del

virus buscado. Y para saber eso, se debe ejecutar el correcto aislamiento y purificación del presunto virus. **Aún no hay una micrografía electrónica que muestre el grado de purificación**.

Se debe comparar la posible presencia de un fragmento u objetivo vírico del SARS-CoV-2 en la muestra tomada del paciente y una determinada cantidad conocida (o concentración conocida si se pretende cuantificar, es decir, medir carga viral) de un estándar del mismo fragmento vírico extraído de un cultivo de SARS-CoV-2. **No se ha determinado la dosis infecciosa media del SARS-CoV-2 mediante cultivo celular, por lo que se carece de un verdadero estándar de cuantificación** que, dicho sea de paso pero no menos importante, sería el verdadero GOLD STANDARD o estándar de oro de la RT-PCR (24). **A pesar de que en varios medios se afirma sin rubor que la RT-PCR es el gold standard para SARS-CoV-2, una prueba nunca puede ser un estándar o referencia de sí misma** (25)**, para el SARS-CoV-2 el único estándar de oro válido es el cultivo del virus que es lo único que permite su estudio y determinación de su infecciosidad** (26). **Para obviar este problema**, **se han utilizado, y se siguen utilizando como estándares del virus, ARNs retrotranscritos in vitro, es decir fragmentos de ARN sintéticos obtenidos de bancos genómicos, que imitan los objetivos o secuencias víricas que se quiere determinar**. Una excusa que se ha puesto es que ha sido para no manipular directamente el virus, pero se sabe que los virus fuera de las células no mantienen su infecciosidad y menos aún los de cadena de ARN inverso como es el caso del SARS-CoV-2.

Existen varias limitaciones teóricas de la RT-PCR como prueba diagnóstica del SARS-CoV-2 en medio de la pandemia por Covid-19 (27) (28):

1) A pesar de que la RT-PCR detecta directamente el ARN del SARS–CoV-2 en las muestras tomadas de secreciones respiratorias del paciente, antes de que se formen los anticuerpos, logrando detectar el virus muy tempranamente; sólo lo hace cuando la infección está vigente. Es decir, que si la persona ha estado expuesta al virus anteriormente, enfermándose o transcurriendo la infección de forma supuestamente asintomática, es imposible con esta prueba saberlo.

2) Los resultados correctos de la RT-PCR, dependerán de la toma de la muestra correcta. El frotis o exudado, no siempre se realiza de forma correcta, peor aún si lo hace el propio paciente en su casa. Por otro lado, el hisopo de algodón puede no recoger ninguna partícula vírica de la garganta, si la infección está avanzada, y el virus se concentra (supuestamente) principalmente en los pulmones, porque la cantidad de virus alojada en la garganta (supuestamente), varía considerablemente en el curso de la infección.

3) Con ésta técnica es imposible saber si el material genético del virus está indemne, es decir, que la muestra contiene virus intactos, con capacidad de infectar. Esto significa que con esta prueba no sabremos si el SARS–CoV-2 encontrado en materiales inertes, pueden o no seguir contagiando.

4) Una gran limitación de la RT-PCR a la hora del diagnóstico de la infección, es que exige varias horas de trabajo en el laboratorio. Porque antes de aplicar la PCR, es decir, iniciar la amplificación, se necesita separar y purificar el ARN vírico del resto de la muestra del paciente, y luego realizar la transcriptasa inversa (sintetizar ADN a partir de una molécula de ARN). Además del tiempo que requiere la prueba en sí con sus ciclos sucesivos de calentamiento y enfriamiento. Esto no sería un problema, si no fuera una pandemia: demasiadas pruebas y mucho tiempo requerido para dar respuesta oportuna a todos esos pacientes (29).

Si la PCR es el método más accesible a la mayoría de los países, lo más idóneo es usarla tratando de solventar, en la medida de lo posible, sus limitaciones. **Para complementar la RT-PCR, es necesario contar con el apoyo de otras pruebas de diagnósticos que puedan servir para la vigilancia de la pandemia**.

La RT-PCR es cualitativa: según el discurso oficial, positiva (presencia del virus) o negativa (ausencia del virus).

La noción de cantidad, por tanto de carga viral, puede estimarse indirectamente por el número de ciclos de amplificación (Ct) utilizados para resaltar el virus buscado.

Cuanto menor sea el Ct utilizado para detectar el fragmento de virus, mayor será la carga viral que se considera (alta).

Cuanto mayor sea el Ct utilizado para detectar el fragmento de virus, menor se considerará (baja) la carga viral.

El Centro de Referencia Nacional Francesa (CNR), en la fase aguda de la pandemia, estima que el pico de la excreción del virus se produjo en el inicio de los síntomas, con una cantidad de virus que corresponde a aproximadamente 10^8 (100 millones) copias de SARS-ARN viral CoV-2 en promedio (datos de la cohorte francesa Covid-19) con una duración variable de eliminación en las vías respiratorias superiores (de 5 días a más de 5 semanas).

Este número de 10^8 (100 millones) copias/µl corresponde a un Ct muy bajo. Un Ct de 32 corresponde a 10-15 copias/µl. Un Ct de 35 corresponde a aproximadamente 1 copia / µl.

Por encima de Ct 35, resulta imposible aislar una secuencia completa del virus y cultivarla.

"Hasta el 90% de las personas que dieron positivo en la prueba no portaban ningún virus".

En un artículo publicado en el sitio web del New York Times (NYT) el sábado 29 de agosto, los expertos estadounidenses de la Universidad de Harvard se sorprenden de que las pruebas de RT-PCR, tal como se practican, puedan servir como

pruebas de contagio, más aún como evidencia de la progresión de la pandemia en el caso de la infección por SARS-CoV-2.

Según ellos, **el umbral (Ct) considerado por las autoridades da como resultado diagnósticos positivos en personas que no representan ningún riesgo de transmisión del virus**.

La respuesta binaria "sí/no" no es suficiente, según este epidemiólogo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. "**Es la cantidad de virus lo que debe dictar el curso de acción para cada paciente examinado**".

Esto cuestiona el uso del resultado binario de esta prueba de RT-PCR para determinar si una persona es contagiosa y debe seguir estrictas medidas de aislamiento.

El Wadworth Center, un laboratorio del estado de Nueva York, analizó los resultados de sus pruebas de julio a pedido del NYT: 794 pruebas positivas con un Ct de 40.

"¡Alrededor del 70% ya no se consideraría positivo con un Ct de 30!"

En Massachusetts, **entre el 85 y el 90% de las personas que dieron positivo en julio con un Ct de 40 se habrían considerado negativas con un Ct de 30**, agrega el NYT. Y, sin embargo, todas estas personas tuvieron que aislarse, con todas las dramáticas consecuencias psicológicas y económicas, mientras no estaban enfermas y probablemente no contagiaban en absoluto.

Investigadores de la Agencia de Salud Pública del Reino Unido informaron resultados similares en un artículo publicado el 13 de agosto en Eurosurveillance: "**La probabilidad de cultivar el virus cae al 8% en muestras con niveles de Ct por encima de** 35".

Además, **las supuestas mutaciones en el virus pueden haber invalidado ciertos cebadores (genes) utilizados para detectar el SARS-CoV-2**: los fabricantes no dan ninguna garantía al respecto.

Hasta que exista una mejor justificación para la detección mediante PCR, con un umbral de Ct conocido y apropiado, **una persona asintomática no debe someterse a la prueba de ninguna manera**.

Incluso una persona sintomática no debe someterse a la prueba automáticamente, siempre que pueda aislarse durante 7 días.

El método fue desarrollado por Christian Drosten (que ya en 2003, metía la pata (30)):

El 23 de enero de 2020 Corman et al, publicaron online "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR" en la revista Eurosurveillance (31). A partir de ese momento, todos los organismos

internacionales incluyendo la OMS, los CDC, científicos de diversas universidades, las farmacéuticas y los ministerios de sanidad de casi todos los gobiernos mundiales; aceptaron aquel artículo como el protocolo estándar de diagnóstico del SARS-CoV-2. Curiosamente, el artículo fue enviado a la revista el día 21 de enero de 2020 y aceptado para su publicación al día siguiente. Por lo que **es virtualmente imposible que dicho artículo hubiese sido revisado por pares de forma que no fue evaluado por científicos independientes que determinasen si la información, los métodos empleados y las conclusiones obtenidas eran correctas.**

El Prof. Drosten y la Dra. Reusken pertenecen al consejo editorial de Eurosurveillance (32) y se saltaron todos los controles habituales de este tipo de publicaciones. Además, varios de los autores firmantes del artículo, tienen graves conflictos de intereses. Olfert Landt y Marco Kaiser, son respectivamente director gerente y asesor científico de TIB Molbiol, que fue la primera empresa en fabricar los kits de PCR aceptados para Covid-19 (Light Mix). Igualmente, Victor Corman y el prof. Drosten ocultaron su trabajo en Labor Berlin Charité Vivantes GmbH, encargado de realizar pruebas PCR para Covid-19 en Alemania.

Finalmente, dicho protocolo fue enviado a OMS (Ginebra) el 17 de enero de 2020, siendo inmediatamente aprobado y recomendando automáticamente su uso a nivel mundial como estándar de diagnóstico, casi una semana antes de su publicación**. En aquel momento, no existía ninguna crisis sanitaria ya que no se conocía ningún caso fuera de China por lo que su aprobación urgente fue injustificada e irresponsable**.

Hasta el día de hoy se sigue utilizando como herramienta para diagnosticar la enfermedad y como justificación de determinadas medidas sanitarias y políticas. **La PCR diseñada por este señor, tomó como referencia bancos de datos genómicos (Gene Bank), en particular los referentes al SARS-CoV-1, puesto que en esas fechas aún no se había publicado la supuesta secuencia completa del genoma del SARS-CoV-2** (por lo que tiene interpuesta una demanda internacional). Analizando el trabajo publicado, se determina en el mismo, que la prueba está dirigida a tres objetivos de la secuencia genómica del virus (también llamados genes, aunque impropiamente). Dichos objetivos víricos son: N gene, E gene y RdRp gene; reconociéndose en dicho trabajo que dichos objetivos, no son específicos del SARS-CoV-2 sino comunes a todos los sarbecovirus (pansarbeco).

El objetivo vírico RdRp, forma parte del marco abierto de lectura del virus denominado ORF 1ab y está comprendido entre los nucleótidos 15.361 y 15.460 del supuesto genoma del SARS-CoV-2. Corresponde a ARN dependiente de ARN polimerasa, es decir, a la parte del genoma vírico que codificaría la enzima necesaria para la replicación del virus, ya que el SARS-CoV-2, supuestamente, es un virus de ARN de sentido inverso. Sin embargo, este fragmento del genoma vírico (RdRp), es común con todos los virus ARN de sentido inverso tales como los virus de la gripe (virus influenza y para-influenza), el VSR, virus del sarampión,

parotiditis, etc; por lo que resultaba extraña la afirmación de Drosten de que dicho fragmento fuera específico del SARS-CoV-2 (33). **Analizadas las fichas técnicas de varios kits de RT-PCR, se observa que especifican que son sólo para investigación y que presentan interferencia con los citados virus y otros patógenos respiratorios.** Es decir, reconocen que no son específicos para SARS-CoV-2. Por ejemplo en el kit RT-qPCR multiplexado para dos objetivos víricos (Orf1ab y N) del SARS-CoV-2 de Creative Diagnostics, se puede leer respecto a su especificidad (34): "Presenta interferencia no específica con el virus de la influenza A (H1N1), virus de la influenza B (Yamagata), virus sincitial respiratorio (tipo B), adenovirus respiratorio (tipo3 y tipo 7), virus de la parainfluenza (tipo 2), Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae etc." Es decir, **puede dar positivo con los principales patógenos respiratorios productores de neumonía intersticial** (35); reconocido hasta por la FDA y el CDC (36) (37).

Para probar la veracidad de dichas afirmaciones, se puede recurrir a realizar un estudio con el programa Blast (Basic Local Alignment Search Tool), herramienta de búsqueda de alineamientos de secuencias, que permite comparar una secuencia determinada con todas las secuencias almacenadas en los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (es pública y puede consultarse aquí). Los resultados obtenidos con el programa Blast para la sonda y los cebadores del citado objetivo vírico RdRp, **nos permiten comprobar la coincidencia del genoma de SARS-CoV-2 con secuencias del coronavirus humano NL63, por lo tanto, esta prueba RT-PCR, no es específica de SARS y está detectando retrovirus endógenos humanos en su fase extracelular** (38); otra prueba más de porqué este virus quimera no está circulando en la población y que explica también porqué hay tanta gente sana dando positivo y sus convivientes negativo u otras peculiares historias reales que le están ocurriendo a la gente.

Cuando una persona sufra un catarro en el que se exprese el coronavirus humano NL63 (coronavirus corriente en resfriados y otros procesos respiratorios en humanos) puede ser identificado mediante PCR como un positivo para SARS-CoV-2 sin serlo, lo cual, supone un gran número de falsos positivos.

Por otra parte, demuestra que la RT-PCR diseñada para el SARS-CoV-2 carece de especificidad y que, por tanto, no detecta únicamente al SARS-CoV-2, consecuentemente, los test PCR, no son válidos para diagnosticar; lo cual, ya fue dicho por el propio Kary Mullis (39) entre otros y también es confirmado por algún fabricante (40), por la OMS (41) (42), por la **FDA y los CDC (admiten en la página 40 de un documento que la PCR para el Covid-19 se desarrolló sin muestras aisladas del virus: lo que detecta no es SARS-CoV-2** (43) (44) y también lo admiten en la página 42 de otro anterior (45)) y curiosamente por el propio Drosten (46), por el propio director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIH) de los Estados Unidos, Dr. Anthony Fauci (47) y por otros muchos autores (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61); incluso llegándose a pedir la retirada de la publicación, por presentar un altísimo porcentaje de error (62)

(63). Por ello, el test PCR y el propio señor Drosten, han sido llevados ante la justicia en varios países de forma directa (64) (65) (66) (67) o indirecta (68). A día de hoy, ya hay sentencias firmes que acreditan que estos test no son válidos para diagnosticar; una en Portugal, del Tribunal de Apelaciones (69) (que confirma otra previa de un tribunal ordinario (70)) y otra en Austria (71). La poca fiabilidad de esos test, también han provocado que se produzcan críticas al protocolo de la OMS en países como Finlandia (72). **Incluso el propio CDC, ha retirado la autorización de uso de emergencia de las pruebas PCR para el diagnóstico de la Covid-19, porque no sabe distinguir entre el SARS-CoV-2 y la gripe** (73) (74).

Cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador. Así que básicamente, los fragmentos de virus que les faltan para completar su SARS-CoV-2 "teóricamente detectado", lo rellenan de manera ficticia haciéndolo coincidir con una secuencia consenso de una base de datos como la de Gen Bank (75)

Veamos el testimonio de un doctor que habitualmente utiliza los PCR, Dr. Pascal Sacré (médico especializado en cuidados intensivos, autor y reconocido analista de salud pública, Charleroi, Bélgica. Es Investigador Asociado del Entre for Research on Globalization (CRG)):

Toda la propaganda actual sobre la pandemia de Covid-19 se basa en una suposición que se considera obvia, verdadera y que ya no se cuestiona. La prueba de RT-PCR positiva significa estar enfermo con Covid. Esta suposición es engañosa.

Muy pocas personas, incluidos los médicos, comprenden cómo funciona una prueba de PCR. RT-PCR significa: R eal T ime- P olymerase C hain R eaction. En francés, significa: Réaction de Polymérisation en Chaîne en Temps Réel.

En medicina, utilizamos esta herramienta principalmente para diagnosticar una infección viral. **Partiendo de una situación clínica con la presencia o ausencia de síntomas particulares en un paciente, consideramos diferentes diagnósticos basados en pruebas**.

En el caso de determinadas infecciones, especialmente las virales, **utilizamos la técnica de RT-PCR para confirmar una hipótesis diagnóstica sugerida por un cuadro clínico**. **¡No realizamos rutinariamente RT-PCR en ningún paciente que esté sobrecalentado, tosiendo o tenga un síndrome inflamatorio!**

Es una técnica de laboratorio de biología molecular de amplificación de genes porque busca rastros de genes (ADN o ARN) amplificándolos. Además de la medicina, otros campos de aplicación son la genética, la investigación, la industria y la medicina forense. La técnica se realiza en un laboratorio especializado, no se puede realizar en ningún laboratorio, ni siquiera en un hospital. Esto conlleva un cierto coste y un retraso a veces de varios días entre la muestra y el resultado.

Desde la aparición de la nueva enfermedad denominada Covid-19 (CO rona VI rus D isease-2019), se utiliza la técnica diagnóstica de RT-PCR para definir casos positivos, confirmados como SARS-CoV-2 (coronavirus responsable de la nuevo síndrome de dificultad respiratoria aguda llamado Covid-19).

Estos casos positivos se asimilan a los casos de Covid-19, algunos de los cuales son hospitalizados o incluso ingresados en unidades de cuidados intensivos. **Postulado oficial** de nuestros gestores: ***casos RT-PCR positivos = pacientes Covid-19***.

Este es el postulado de partida, la premisa de toda propaganda oficial, que justifica todas las medidas gubernamentales restrictivas: aislamiento, confinamiento, cuarentena, mascarillas obligatorias, códigos de colores por país y prohibiciones de viaje, rastreo, distancias sociales en empresas, tiendas e incluso, lo que es más importante, en las escuelas.

Este mal uso de la técnica de RT-PCR es utilizado como una estrategia implacable e intencionada por algunos gobiernos, apoyados por los consejos científicos de seguridad y por los medios dominantes, para justificar medidas excesivas como la vulneración de un gran número de derechos constitucionales, la destrucción de la economía con la quiebra de sectores activos enteros de la sociedad, la degradación de las condiciones de vida de un gran número de ciudadanos comunes, con el pretexto de una pandemia basada en una serie de pruebas de RT-PCR positivas, y no en un número real de pacientes.

Debemos exigir que se devuelvan los resultados de la RT-PCR mencionando el Ct utilizado porque más allá del Ct 30, una prueba de RT-PCR positiva no significa nada.

Hay que escuchar a los científicos y médicos, especialistas, virólogos que recomiendan el uso de Ct adaptado, inferior, a los 30. Una alternativa es obtener el número de copias de ARN viral / µl o / ml de muestra.

Necesitamos volver al paciente, a la persona, a su estado clínico (presencia o ausencia de síntomas) y desde allí juzgar la idoneidad de las pruebas y la mejor forma de interpretar el resultado.

Con estas evidencias, no pueden afirmar en ningún caso, que las personas con PCR positiva se corresponden con una infección por SARS-CoV-2 y por tanto, tampoco pueden afirmar haber aislado el virus de ningún paciente. En consecuencia, los cierres perimetrales,

hundimiento de la economía, ruina de los hosteleros y represión de la población, no está justificada por alerta sanitaria. Los programas de pruebas de RT-qPCR para el SARS-CoV-2 son totalmente inadecuados, están mal organizados y rodeados de confusión y desinformación. La disponibilidad no obstaculiza las pruebas exhaustivas de ensayos, reactivos, equipo o capacidad de prueba adecuados.

Resumen de puntos importantes:

La prueba de RT-PCR es una técnica de diagnóstico de laboratorio que no se adapta bien a la medicina clínica.

Es una técnica diagnóstica cualitativa binaria que confirma (prueba positiva) o no (prueba negativa) la presencia de un elemento en el medio que se analiza. En el caso del SARS-CoV-2, el elemento es un fragmento del genoma viral, no el virus en sí.

En medicina, incluso en una situación epidémica o pandémica, es peligroso colocar pruebas, exámenes, técnicas por encima de la evaluación clínica (síntomas, signos). Es lo contrario lo que garantiza una medicina de calidad.

La principal limitación (debilidad) de la prueba de RT-PCR, en la actual situación pandémica, es su extrema sensibilidad (falso positivo) si no se elige un umbral de positividad adecuado (Ct). Hoy en día, **los expertos recomiendan utilizar un umbral máximo de Ct de 30**.

Este umbral de Ct debe ser informado con el resultado positivo de RT-PCR para que el médico sepa interpretar este resultado positivo, especialmente en una persona asintomática, para evitar aislamiento innecesario, cuarentena, trauma psicológico.

Además de mencionar el Ct utilizado, los laboratorios deben continuar asegurando la especificidad de sus kits de detección para el SARS-CoV-2, teniendo en cuenta sus mutaciones más recientes, y deben continuar utilizando tres genes del genoma viral en estudio como cebadores o cebadores, si no, menciónalo.

Metodología

La metodología empleada por las administraciones sanitarias utiliza como parámetro básico para establecer las medidas restrictivas, la IA a los 14 días (Incidencia acumulada de casos/100 000 habitantes a los 14 días), y para ello se basa en los positivos a dicho test tomados en valor absoluto, siendo la IA la suma de los 14 días anteriores de estos valores absolutos de positivos.

Desde un punto de vista estadístico es esencial para seguir la evolución de los datos y con ello saber si realmente hay un rebrote o no, tener de alguna manera un parámetro referenciado, señalando que no es lo más

apropiado el hacer un número de test de forma indiscriminada sin criterios de epidemiología estadística para seguir la evolución de los contagios, ya que sin tener esos criterios mínimos se presta a manejar continuamente subidas y bajadas del número de test realizados, de forma que con ello, las administraciones sanitarias justifiquen las medidas restrictivas adoptadas, por lo que sería más apropiado el haber tenido en cuenta un criterio base con un valor referencia de número de test a realizar diariamente de forma que nos diese bajo una misma referencia la evolución de los porcentajes de positivos, y, en todo caso, aún sin referenciarlo, **el estadístico a utilizar más adecuado sería la evolución del porcentaje de positivos y no su valor absoluto**.

También hay que tener en cuenta en la interpretación de los datos que en base al número de test realizados se considera que los test positivos en valor absoluto se corresponden con individuos diferentes, sumándolos para el cálculo de la IA. La realidad es que esto no es cierto ya que **la administración sanitaria a la hora de utilizar los positivos en valor absoluto considera que test realizado = persona diferente, cuando se sabe que a una misma persona le han podido realizar más de un test, por lo que la utilización de muchos de los positivos en el cálculo de la IA acumulada a 14 días no es del todo real ya que están contabilizando personas que ya se habían contabilizado anteriormente al haber dado el primer positivo**.

Durante esta pandemia se está utilizadando al libre albedrío y de una forma intencionada el nº de test que se realizan, de manera que se han generado las sucesivas olas cuando la realidad de los datos dice que no han existido tales olas.

Parámetros con cálculo oficial

El parámetro de positivos en valor absoluto presenta correlación muy significativa con el total de test realizados y lógicamente con la IA a 14 días por ser la suma de positivos de ese período de días, pero no con el % de positivos. El % positivos presenta correlación muy significativa con los positivos referenciados, su % de positivos referenciado, la IA a 14 días referenciada y con el % de ocupación de hospitalizados. Esta correlación es significativa con el % de ocupación de UCIs y fallecidos. La IA a 14 días presenta correlación muy significativa con el total de test y con los positivos en valor absoluto.

Parámetros con cálculo referenciado

Es de destacar que el parámetro de positivos referenciado en valor absoluto no presenta correlación con el total de test realizados, pero sí, y siendo muy significativa, con el % de positivos e IA a 14 días referenciado y con el % de ocupación de hospitalizados. Esta correlación es significativa con el % de ocupación de UCIs y fallecidos. El % positivos referenciado presenta una correlación muy significativa con los positivos tanto calculados oficialmente como referenciados y con la RO. Esta correlación es significativa con la IA a 14 días referenciada y el % de ocupación de hospitalizados. La IA a 14 días referenciada

presenta una correlación muy significativa con los positivos en valor absoluto tanto con el cálculo oficial como el referenciado, con el % de ocupación de hospitalizados, % de ocupación de UCIs y fallecidos. Esta correlación es significativa con el % de positivos referenciado.

Diferencias significativas entre el cálculo oficial y el referenciado

Es de resaltar que existe una alta correlación entre los positivos en valor absoluto y el % de positivos cuando este cálculo es referenciado, mientras que esa correlación no existe entre positivos en valor absoluto y el % de positivos cuando se utiliza el cálculo oficial. Igualmente tenemos que entre la IA a 14 días realizada con el cálculo oficial existe correlación muy significativa con los positivos en valor absoluto pero no se da ninguna correlación con el % de positivos, mientras que si analizamos el valor referenciado esa correlación muy significativa se da con los positivos en valor absoluto siendo significativa con el % de positivos. Otra conclusión a destacar es que el cálculo referenciado de positivos en valor absoluto, el % de positivos e IA a 14 días tienen en los 3 casos correlación muy significativa con el % de positivos calculados del modo oficial, con la ventaja de que este valor refenciado no está influenciado por el número de test realizados.

La historia de los PCR, no es nueva, hace más de 20 años, ya se hablaba de ellos y no para bien, precisamente (76). Hoy en día, tampoco se habla bien, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho unas declaraciones que no tienen desperdicio; cito textualmente: " Si no hubiera habido pruebas de PCR en todo el mundo, nadie se habría dado cuenta de Covid-19" (77) (enlace directo al vídeo).

El mayor problema con todas las pruebas de Covid-19 disponibles es que, a pesar de que se ha demostrado que no son confiables, se usan en masa en personas sanas. Estas personas sanas cuando dan positivo en la prueba son tratadas como alimañas y se les niegan sus derechos humanos básicos. Ahora es aún más siniestro ya que en muchos países se exigen exámenes incluso para ir a la escuela o al trabajo. Las personas que dan positivo en la prueba y mueren se cuentan como muerte por Covid-19 incluso cuando murieron por una causa alternativa.

Consecuencias potenciales de los falsos positivos obtenidos al usar los test PCR (78):

A)***Desde una perspectiva personal***

A1)*Relacionados con la salud*

- Para pruebas de hisopo tomadas con fines de detección antes de procedimientos o cirugías electivos: cancelación o aplazamiento innecesario del tratamiento.

- Para las pruebas de hisopo tomadas con fines de detección durante las admisiones hospitalarias urgentes: la exposición potencial a la infección siguiendo una vía incorrecta en entornos hospitalarios como un paciente interno.

A2)*Financieras.* Pérdidas financieras relacionadas con el autoaislamiento, pérdidas de ingresos y viajes cancelados, entre otros factores.

A3)*Psicológicas.* Daño psicológico debido a un diagnóstico erróneo o miedo a infectar a otros, aislamiento o estigmatización.

B)***Perspectiva global***

B1)*Financieras*

- Financiamiento malgastado (a menudo proveniente de los contribuyentes) y recursos humanos para pruebas y rastreo.
- Tests innecesarios.
- Financiamiento de reemplazos en el lugar de trabajo.
- Varias pérdidas comerciales.

B2)*Desempeño epidemiológico y diagnóstico*

- Sobreestimación de la incidencia de Covid-19 y la extensión de la infección "asintomática".
- Rendimiento de diagnóstico engañoso, que puede llevar a compras o decisiones de inversión erróneas.

B3)*Social*

- Desviación de las políticas con respecto a los cierres de escuelas y encierros.
- Aumento de la depresión y la violencia doméstica (por ejemplo, debido al encierro, el aislamiento y la pérdida de ganancias después de una prueba positiva).

Otros test

Además de los PCR, existen otras vías alternativas (mucho menos frecuentes en utilización) para, supuestamente, diagnosticar la enfermedad (79):

1) *Test de anticuerpos (también llamados serológicos)*. Muestra si tiene anticuerpos contra el virus. Podría usarse como prueba de que ya es inmune al coronavirus, pero podría reaccionar a los otros cuatro coronavirus del resfriado común (reactividad cruzada). La prueba de anticuerpos no puede determinar si actualmente tiene un virus. Esta prueba, al igual que la PCR, no debe utilizarse para poner a alguien en cuarentena.

Los hay de dos tipos: los rápidos que ahora llegan a la farmacia y cuya fiabilidad se considera baja y, los que utilizan los procedimientos Elisa y de quimioluminiscencia, que requieren de una cantidad de sangre mayor, más caros y empleados en entornos hospitalarios.

Los test funcionan mediante un pinchazo en el dedo y permiten detectar la presencia de anticuerpos, es decir, de la respuesta inmunitaria del cuerpo que se produce con la entrada del virus. En el caso de que el paciente haya tenido un contacto con un infectado, los anticuerpos IgM son los primeros en aparecer, entre los 7 y 10 días de dicho contacto, y los anticuerpos IgG aparecen entre los 10 y 15 días siguientes. Este tipo de test detecta "en minutos" si hay anticuerpos IgM o IgG, pero **no sirven para saber si se tiene el virus en caso de "sospecha de la enfermedad"**. Además, es posible la aparición de falsos positivos, en casos "asintomáticos" con IgM positiva, puede tratarse de un falso positivo de IgM ya que estos test son muy sensibles pero menos específicos que otro tipo de pruebas. También pueden aparecer falsos negativos "si la cantidad de la muestra no es la adecuada.

Se trata de test que no sirven para detectar si se está enfermo, porque los anticuerpos sólo aparecen, si lo hacen, diez días después de la infección, y cuya utilidad se limita a saber si una persona ha tenido contacto con el virus, con la posibilidad de que haya inexactitudes en el resultado. No servirían, por tanto, para diagnosticar infectados, algo que han advertido en los últimos días los microbiólogos. La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, emitió un comunicado advirtiendo de que este tipo de pruebas "no son fiables ni en pacientes sintomáticos ni en individuos asintomáticos". Además, avisaba de que la detección de anticuerpos no garantiza la inmunidad del paciente, por lo que, independientemente del resultado, todos deberán seguir cumpliendo las mismas pruebas de detección. **La SEIMC pedía incluso que las autoridades sanitarias se replantearan la aprobación de estos test**.

2) *Test de antígenos*. Muestra si tiene un antígeno contra una proteína del virus. El problema con esta prueba es que el **50% de los resultados positivos son falsos**. Las pruebas se promocionan como buenas para que las utilicen todos, incluidos los niños. Debido a los muchos resultados falsos positivos, la prueba rápida de antígenos **no puede considerarse una prueba confiable**. Actualmente, ésta es la prueba más promocionada para la escuela y el lugar de trabajo, pero el alto porcentaje de resultados falsos solo conduciría a encerrar a personas y niños sanos.

   Se basan en la detección de proteínas del virus y son mucho más rápidos que las PCR: el resultado se conoce en minutos. **La desventaja es la baja fiabilidad si han pasado más de cinco días desde la aparición de síntomas. También se consideran poco fiables en la fase presintomática.**

Sobre un soporte se fijan anticuerpos específicos que reaccionarán contra alguna proteína del virus. Se suele emplear la proteína de la superficie de la envoltura (la proteína S), que se proyecta hacia el exterior. Si en la muestra hay partículas virales, quedarán fijadas al anticuerpo. Es como si el virus o sus proteínas hubieran sido capturados por el anticuerpo.

A continuación, se añade un segundo anticuerpo contra el virus de manera que se forme un emparedado o sándwich: anticuerpo-virus-anticuerpo. Este segundo anticuerpo estará marcado o señalado de alguna manera para poner de manifiesto la reacción. Si la reacción es positiva, demuestra que había proteínas del virus. Es decir, que la persona está infectada.

No requiere reactivos caros, ni máquinas, ni personal técnico cualificado. Son mucho más baratos que la PCR. Suelen estar manufacturados como un test de embarazo: se toma una muestra de la nariz con un bastoncillo o de la saliva, se añaden unas gotas de un reactivo que extrae los antígenos del virus, se coloca en el dispositivo y se esperan menos de 30 minutos a que aparezcan las bandas reactivas correspondientes.

Al tener una sensibilidad menor que la PCR, los test de antígenos son positivos a concentraciones más altas del virus y eso puede tener su ventaja. Aunque no sabemos qué carga viral implica que una persona sea o no infecciosa, podemos asumir que cuanto mayor sea la carga viral, mayor probabilidad hay de que uno sea contagioso.

El estado de la infección se debe siempre correlacionar con el historial clínico y con otra información diagnóstica. La interpretación de un test siempre hay que hacerla dentro de un contexto clínico.

Otro tema a tener en cuenta, es que existen varias empresas que comercializan test de antígenos. Aunque el fundamento sea similar, los resultados no tienen por qué ser iguales. Los test pueden variar en el tipo de anticuerpos que empleen, la proteína del virus que detectan o el modo de revelar la reacción. La sensibilidad y especificidad pueden ser diferentes entre ellos y deberían antes evaluarse. Recordemos el fiasco de los famosos test rápidos chinos.

3) *Test basados en la saliva*. *Se* espera que lleguen pronto los test PCR o antígenos basados no en exudados nasofaríngeos sino en saliva, con lo que la toma de muestras será mucho más sencilla.

Como mencioné antes, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc) ha emitido un documento de posicionamiento sobre los test rápidos (80) (81) (82), vamos a verlo más detalladamente:

Una de las principales conclusiones respecto a los **test de antígenos, es que tendrían una sensibilidad inferior al 30 por ciento**. Otro dato relativo a estos test, es que presentan una especifidad del 100% en poblaciones que acuden a las

urgencias de los hospitales en las que el porcentaje de positividad de la PCR es del 84 por ciento y en trabajadores sanitarios en las que el porcentaje de positividad es del 50 por ciento.

Según concluyen, con todos estos datos, **no es aconsejable introducirlos en la rutina de diagnóstico**. Aún así, indican que la sensibilidad de los test se podría aumentar acoplando una detección fluorimétrica. Con una evaluación pertinente que certificase la sensibilidad, se podría reconsiderar la aplicación de estas pruebas.

Señalan que los **test de anticuerpos** que se están realizando en el ámbito internacional, tienen una **insuficiente sensibilidad y especificidad**, aunque autoridades como la OMS o la FDA, en un primer momento, han abogado por su uso. No obstante, la OMS, respecto a los test rápidos, alertó del problema que presentan en un informe del 08 de abril de 2020 (83): "En el presente, basándonos en la evidencia disponible, la **OMS recomienda el uso de los test rápidos de anticuerpos solo para investigación. No deberían ser usados en ningún otro contexto, incluida la toma de decisiones clínicas**", hasta que haya más evidencias. En el mismo documento se animaba también a seguir investigando para mejorar estos test.

Pruebas de verificación de estos test en varios países, también han hallado baja sensibilidad, como recoge *Nature* (84); el reportaje reflejaba el interés internacional por los test sensibles a anticuerpos IgG (los de protección a largo plazo). Cuando la sensibilidad y la especificidad (que evita los falsos positivos) son muy altas, estas pruebas deberían permitir dibujar el mapa inmunológico de la población y ayudar en la decisión de relajar el confinamiento. Algunos países han hablado de un 'pasaporte inmunitario', pero la escasa fiabilidad de las pruebas complica los planes. *Nature* cita a Peter Collington, microbiólogo de la Universidad Nacional Australiana en Canberra, recordando que los kits deben ser verificados con muchas personas antes de considerarse válidos, algo que con las prisas no se ha hecho. Algunos **test comerciales han demostrado una especificidad de menos del 40%**, según informa esta revista. Un análisis en Dinamarca probó nueve test. La sensibilidad de los que se realizan en el laboratorio oscilaba entre el 67 y el 93%; la de la mayoría de los test rápidos era mayor, pero algunos se basaban en datos de apenas unas decenas de personas. La sensibilidad y la especificidad de este tipo de pruebas debería ser bastante superior. **Un falso positivo cada 100 test puede no parecer mucho, pero si el plan es hacer las pruebas a decenas de miles de personas, los falsos positivos se convierten en un problema grave**. A veces es que, simplemente, hace falta más tiempo para recopilar evidencias.

A pesar de los datos favorables que han presentado algunos estudios, la Seimc destaca un parámetro que comprometería su fiabilidad. Se trata de que, **al no haberse evaluado su fiabilidad en fase precoz de aparición de los síntomas, no existen evidencias suficientes para posicionar su detección como cribado frente a otras técnicas**.

Además, a la hora de evaluar las ventajas y desventajas registran varios factores que no sitúan esta prueba como método de cribado. Y es que, entre las desventajas se incluye que **tienen una gran variabilidad en función del curso de la enfermedad**. Esto se explica porque en las primeras fases de la infección, el cuerpo no ha generado anticuerpos frente a la enfermedad, por lo que no son detectables.

Por ello, a pesar de la rapidez con que se obtienen los resultados, únicamente se puede utilizar con fiabilidad en un determinado número de casos. Cabe destacar que aunque los ensayos de inmunocromatografía ofrecen resultados entre 15 y 30 minutos, con ellos es difícil procesar muchas muestras al mismo tiempo.

Sobre los test rápidos, también el **Colegio de Médicos de Madrid** emitió un informe el 08 de mayo de 2020 (85):

Según ese informe, los dos únicos métodos para diagnosticar la enfermedad son el PCR para la detección inicial de la enfermedad (casos activos) y pruebas ELISA/CLIA para la detección de anticuerpos (casos pasados): "**No recomendamos ningún otro método o prueba, ya que sus resultados no servirían para tomar decisiones clínicas**" (**aunque ya ha quedado demostrado en el presente apartado, que los PCR, tampoco sirven para diagnosticar**).

Quieren alertar, con ello, sobre la cantidad de "test rápidos" que se están haciendo y sobre su escasa fiabilidad. El presidente del colegio, D. Miguel Ángel Sánchez Chillón, es contundente: "Es preferible esperar un poco más y hacer pruebas fiables a todo el personal de riesgo o susceptible de infectarse. Lo serio es hacer lo que pedimos (pruebas PCR y ELISA/CLIA), y si no hay capacidad para ello, es preferible no hacer ninguna prueba. Es mejor no hacerlo que hacerlo mal". Porque los "**test rápidos", asegura, "pueden dar una sensación de falsa seguridad, y desde el punto de vista clínico no nos van a ayuda**r". Sánchez Chillón, dice que no se trata de acusar a nadie, y trata de buscarle una explicación a la situación. "Es probable que por la falta de de otro tipo de pruebas diagnósticas más fiables, se esté recurriendo a estas, que son un paño caliente, han preferido ponerse a hacer pruebas antes que esperar por otras más fiables". Pero insiste: "No merece la pena andar haciendo test rápidos porque nos vamos a quedar con las mismas dudas que antes de hacerlos. Yo mismo he rechazado hacérmelo".

Potenciales peligros para nuestra salud al utilizar un test PCR

La prueba PCR con hisopo nasofaríngeo es el método más empleado como prueba diagnóstica para detectar el SARS-CoV-2 en una persona. **Una mala praxis en su ejecución puede provocar complicaciones muy graves en el paciente, por las estructuras vitales adyacentes, como hemorragias nasales, rotura del tabique nasal e incluso fuga de líquido cefalorraquídeo**.

Una investigación realizada recientemente y publicada en JAMA Network, muestra que puede haber riesgo de que se produzca una complicación grave que requiera atención especializada después de realizar una PCR. **Pueden producirse y, al afectar a "localizaciones anatómicas difíciles pueden poner en peligro la vida"**.

Durante el periodo de estudio de siete meses, se realizaron 643 284 pruebas PCR. En 2899 pacientes de urgencias de Otorrinolaringología se identificaron ocho visitas relacionadas con complicaciones: cuatro hemorragias nasales y cuatro hisopos rotos.

La frecuencia de complicaciones que requirieron tratamiento en urgencias fue de 1.24 por cada 100 000 pruebas realizadas. Los hisopos rotos se extrajeron mediante endoscopia nasal con anestesia local, mientras que las hemorragias nasales requirieron medicación, numerosos taponamientos nasales y procedimientos quirúrgicos y endovasculares y provocaron riesgo fetal, sepsis y transfusiones de sangre.

La mitad de las hemorragias eran potencialmente mortales (el nivel de hemoglobina era inferior a 6,5 g/dl. La hemorragia masiva complicó la localización de las hemorragias. Es probable que las infecciones, así como las adherencias intranasales y las perforaciones septales, fueran consecuencia de los repetidos taponamientos nasales.

La Academia Nacional de Medicina francesa ha advertido en un comunicado que se están empezando a detectar varios problemas por una mala práctica en la realización de estas pruebas:

Esta extracción de muestra nasofaríngea se ha convertido en el método de referencia para realizar los test del coronavirus. Cada día se extraen cientos de miles de muestras en toda Europa.

"Ante la multiplicación y repetición de las pruebas, a veces realizadas en condiciones no adecuadas, **debemos recordar que hay riesgos**", explica la academia médica.

Algunas de estas complicaciones son benignas: molestias, dolor o sangrado leve. "Pero también se empieza a notificar otros problemas serios", añaden: **daños en el piso frontal del cráneo. Una brecha de este tipo puede ser una vía de paso de virus, bacterias u hongos, y aumentar significativamente el riesgo de tener meningitis.**

La organización francesa recomienda dar preferencia en los niños a los test de saliva "por su seguridad y aceptabilidad". Recuerda que las PCR y los test de antígenos deben realizarlos profesionales con conocimientos sobre ello. Y ante los autotest avisa a los usuarios que pueden dar falsos negativos si la introducción del hisopo es "demasiado tímida". O, al revés, convertirse en peligroso si se hace con demasiada profundidad y con una mala dirección.

Un ejemplo real, es el de una mujer originaria de Estados Unidos, que sufrió una fuga de líquido cefaloraquídeo tras someterse a una recogida de muestra por sospecha de Covid-19. La paciente se sometió a una prueba PCR protocolaria previa a una cirugía por una hernia. Tras la toma de la muestra, la mujer notó que un líquido transparente le salía por una de las fosas nasales. Después sufrió dolor de cabeza, vómitos, rigidez de cuello y aversión a la luz, llegando a precisar un ingreso en el Hospital de la Universidad de Iowa, a cargo del Dr. Jarrett Walsh y sus colegas. Según comenta Wash, la paciente notó que en una de las ocasiones cuando se introdujo el bastoncillo a nivel nasal, la toma se realizó "demasiado alto". Wash hace hincapié en la necesidad de una buena capacitación previa a la realización de pruebas con hisopos nasales, siempre siguiendo la trayectoria del piso nasal, justo por encima de la boca y jamás apuntando con el hisopo hacia arriba; siempre con mucho cuidado.

Otro ejemplo real, es el de un hombre que estuvo perdiendo líquido cerebral durante meses debido a una lesión causada por una prueba PCR. Después de soportar meses y meses de lo que parecía una secreción nasal interminable, un hombre de la República Checa finalmente obtuvo respuestas. Resulta que el problema era más profundo de lo que pensaba. El líquido que había drenado de su fosa nasal derecha durante nueve meses seguidos no era moco. En realidad, era líquido cefalorraquídeo (LCR), el líquido que ayuda a amortiguar el cerebro y la médula espinal dentro del cráneo. El líquido estaba saliéndose debido una lesión causada por una prueba de frotis nasal para Covid-19.

El hombre se hizo la prueba con un hisopo nasal en marzo de 2020. Su prueba resultó negativa y simplemente asumió que tenía alergias graves cuando su fosa nasal derecha comenzó a gotear poco después. No fue hasta diciembre que decidió que un médico lo revisara, y después de escanear la cabeza del hombre, el médico descubrió que la prueba de Covid había dañado su placa cribiforme, un hueso que separa la nariz del cerebro.

Quizás el ejemplo muy sonado, ha sido el de un niño de Arabia Saudita que murió después de que un hisopo de prueba de Covid-19 se rompiera en su nariz. El personal médico de un hospital en el Reino le realizó la prueba de Covid-19 porque tenía fiebre, a pesar de que estaba en buen estado de salud.

En Alemania, algunos jueces no quieren hacerse la prueba:

"No se puede exigir a un juez que dependiendo de las circunstancias tenga que permitir estas agresiones corporales varias veces al día, donde corre el riesgo de una lesión corporal y sólo para cumplir con un trámite de su trabajo. Esto choca con lo establecido en nuestra Constitución sobre la inviolabilidad corporal y además es completamente desproporcionado".

Una investigadora encuentra materiales **no declarados en los prospectos tras analizar los hisopos para pruebas PCR bajo microscopio**:

La Profesora Antonietta Gatti de Alliance for Human Research Protection, examinó varias tiras reactivas de PCR bajo el microscopio y analizó sus ingredientes. El

resultado es irritante, ya que **contienen materiales duros y una gran cantidad de (nano) partículas de plata, aluminio, titanio, fibras de vidrio, etc., algunas de las cuales no están declaradas en el prospecto. Si estos penetran en la membrana mucosa, pueden causar heridas e inflamación**, según la científica.

En su laboratorio, la profesora Gatti utilizó microscopía electrónica (ESEM y EDS) para analizar varios tipos de hisopos, los cuales se utilizan para recolectar material orgánico humano para el 'diagnóstico' de purebas PCR, con el fin de verificar la morfología y la composición química de estos. Con un palito de "algodón" fabricado por Biocomma en Shenzhen, China, la profesora Gatti no pudo determinar si estaba hecho de carbono o de algodón. La suciedad del producto consistía en carbonato de calcio, acero inoxidable o silicatos. Una varilla de prueba similar a un cepillo de Mantacc, otra empresa China, mostró una gran cantidad de fibras rotas. Se encontró que el carbono, silicio, circonio, azufre, aluminio, titanio y sodio eran componentes de la muestra. Otro hisopo de Biocomma parecía estar hecho de fibra de vidrio, o al menos tener un revestimiento de fibra de vidrio. Los componentes fueron carbono, aluminio, silicio y titanio. No se podía descartar que se hiciera un recubrimiento adicional de materiales orgánicos.

La punta del aplicador de otra varilla de prueba, FLOQSwabs®, se cubrió con fibras cortas de nailon dispuestas verticalmente. FLOQSwabs® no tiene un núcleo interno para contener la muestra. La profesora Gatti escribe:

"La empresa explica que el núcleo de la fibra está hecho de nailon con un revestimiento de un material patentado que, en el análisis, resulta ser silicato-circonio-titanio. Este recubrimiento endurece la fibra para que pueda rasgar la membrana de la mucosa. Existe la posibilidad de que la presión aplicada durante las maniobras de frotis pueda romper algunas fibras que permanecen in situ. Cuando esto sucede, pueden causar una reacción de cuerpo extraño que puede dañar la membrana mucosa de tal manera que se dificulta la respiración y el habla".

Muchos médicos otorrinolaringólogos están encontrando membranas mucosas cada vez más endurecidas en personas que se someten a pruebas frecuentes para el SARS-CoV-2. **Las membranas mucosas que ya no están intactas no pueden cumplir con su tarea de defenderse de virus, bacterias y hongos antes de que lleguen a las vías respiratorias**, como informa el pediatra Eugen Janzen. **Los gérmenes penetran en el tracto respiratorio sin ningún filtro inmunológico**. Particularmente problemático en este contexto: la humedad del aliento cálido debajo de las mascarillas es el caldo de cultivo ideal para gérmenes de todo tipo.

Según el análisis de la profesora Gatti, los pequeños puntos blancos del cuello del hisopo son nanopartículas de plata: "La plata es un material que no está declarado en la hoja de datos del fabricante". Tras analizar varios hisopos de diferentes fabricantes, la profesora Gatti llega a las siguientes conclusiones:

Los hisopos de "puercoespín" están hechos de fibras resistentes. **Si raspan la mucosa nasal, pueden dañarla, provocando una lesión sangrante o, en todo caso, traumatismo en el tejido.**

Durante el proceso de cicatrización de la mucosa, las fibras rotas pueden penetrar en el tejido sin posibilidad de removerlas, provocando la formación de un granuloma o tejido fibrótico, como ocurre con cualquier cuerpo extraño.

Los dispositivos médicos examinados no son completamente biocompatibles y, por lo tanto, no cumplen con los requisitos de la norma ISO 10 993 y las pruebas requeridas para obtener la marca CE.

Algunos hisopos son peligrosos para la mucosa nasofaríngea, las fibras vítreas, duras y quebradizas, pueden rayar la mucosa y crear lesiones. El sangrado es una indicación de la invasividad de la prueba.

Las pruebas repetidas con hisopo pueden producir lesiones crónicas. La liberación de fragmentos de fibras vítreas quebradizas puede provocar reacciones biológicas como granulomas y/o fibrosis del tejido.

Estos frotis representan un riesgo para la salud de bebés y niños. Si las pruebas son necesarias, dice la profesora Gatti, se deben realizar frotis pequeños y leves en los niños.

En un estudio, se evaluaron las complicaciones causadas por hisopos nasales y orofaríngeos profundos que requieren atención médica inmediata en una cohorte grande y representativa del norte de Alemania y estimaron el número de pruebas para SARS-CoV-2 que involucran procedimientos de hisopo durante la pandemia en todo el mundo.

Dentro del estudio de monitoreo del SARS-CoV-2 basado en la población (Cohorte ELISA), se tomaron 11 476 hisopos nasales y orofaríngeos profundos en 3083 individuos de mayo a agosto de 2020. La recolección de hisopos siguió un protocolo clínicamente aprobado como el realizado en el Hospital Universitario Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Alemania, y consistió en hisopos nasales profundos combinados (cornete medio) y orofaríngeos en cada participante. El hisopo nasal profundo se realizó insertando el hisopo de 2 a 3 cm en una fosa nasal (hasta que se sintió resistencia en los cornetes), mientras giraba suavemente. El mismo hisopo se insertó a través de la boca y se frotó entre los pilares amigdalares sobre la orofaringe posterior evitando la lengua, los dientes y las encías. A lo largo del estudio se utilizaron hisopos de transporte PROBACT con marcado CE (Technical Service Consultants Ltd., Reino Unido) e hisopos de transporte CITOSWAB (Citotest Scientific, China). Los estudiantes de medicina especialmente capacitados realizaron los hisopos bajo la supervisión in situ de un médico.

Se observaron un total de tres AE (0.026% [IC 95%: 0.007–0.077%]). En dos individuos, un hombre de 53 años y un hombre de 55 años, la punta del hisopo

se rompió. En ambos casos, la punta del hisopo no fue visible por inspección. Mientras que la primera persona tenía una sensación de cuerpo extraño, la segunda persona no reportó ninguna queja similar. Ambos individuos fueron trasladados inmediatamente a una clínica de otorrinolaringología, donde se recuperó la punta del hisopo sin complicaciones mediante endoscopia nasal en el primer individuo. La punta del hisopo ya no era detectable en la segunda persona a pesar de un examen exhaustivo realizado por un otorrinolaringólogo, lo que sugiere que la punta se había tragado sin más complicaciones. En tercer lugar, una mujer de 29 años desarrolló una luxación anterior espontánea de la articulación temporomandibular izquierda al abrir la boca para el hisopo orofaríngeo. Presentando un dolor relevante, fue ingresada en un hospital en ambulancia para el reposicionamiento de la mandíbula externa. "Cabe destacar que la ocurrencia observada de eventos adversos en el 0.026% de los procedimientos de hisopado es posiblemente todavía una subestimación, ya que realizamos una combinación de hisopos nasales profundos y orofaríngeos que producen tasas de detección de virus comparables pero son menos invasivos que los hisopos nasofaríngeos".

Un grupo sindical llamado Isotita (Igualdad) que representa a los trabajadores del sector público está pidiendo que se suspendan las "pruebas rápidas" del coronavirus de Wuhan (Covid-19) después de que se descubrió que **los hisopos contienen óxido de etileno, una sustancia tóxica**.

La Agencia Europea de Sustancias Químicas (ECA) dice que el óxido de etileno, que se utiliza para recubrir y esterilizar tanto la PCR fraudulenta **como las pruebas rápidas para el virus chino, es tóxico, mutagénico y cancerígeno cuando se inhala**.

Dado que los hisopos contaminados se atascan en las cavidades nasales de las personas, a veces varias veces a la semana, es casi seguro que el óxido de etileno se inhale y pueda sembrar las semillas de una enfermedad crónica.

"El óxido de etileno es un gas que se usa comúnmente para esterilizar muchos tipos diferentes de dispositivos médicos, incluidos los hisopos utilizados en los kits de prueba", informó el correo de Chipre.

"Los hospitales han utilizado esterilizadores de gas de óxido de etileno (EtO) durante más de 40 años para esterilizar equipos y suministros quirúrgicos que son sensibles al calor o que no toleran la humedad excesiva".

En la Unión Europea, el óxido de etileno está prohibido en la producción de alimentos y, según el Reglamento de la UE n.° 2015/868, **la cantidad máxima permitida en los residuos se especifica en 0.05 mg/kg**.

Las preocupaciones del sindicato Isotita surgen después de un informe transmitido en el canal de medios Pronews TV, sobre un hisopo de prueba rápida que **contiene 0.36 mg/kg de óxido de etileno**. La red de medios Pronews TV también publicó un especial sobre las pruebas rápidas contaminadas, señalando

que se insertan repetidamente hisopos altamente tóxicos en las cavidades nasales de las personas donde se implanta la sustancia mortal.

El análisis, realizado por Food Allergens Lab con sede en Larnaca, había establecido el límite de detección en 0.025 mg/kg. El resultado del análisis, que dice "Swab", está fechado el 21 de octubre.

Incluso pequeñas cantidades **de óxido de etileno mucho más bajas que las que se encuentran en las pruebas rápidas causan cáncer**.

En agosto, las autoridades sanitarias ordenaron la retirada del mercado de los productos alimenticios que contenían niveles más bajos de óxido de etileno que los que contienen los hisopos. En base a esto, las pruebas rápidas también deben retirarse y descontinuarse inmediatamente de su uso.

El gobierno de la UE afirmó que los niveles de óxido de etileno que se encuentran en los alimentos no representan ningún peligro para la salud humana porque las cantidades son demasiado pequeñas para causar problemas, "sin embargo, según estudios científicos, se evalúa que el consumo frecuente a largo plazo, **incluso con trazas de óxido de etileno, aumenta el riesgo de desarrollar cáncer**", explican los informes.

Las normas actuales de la UE establecen que un producto alimenticio puede retirarse del mercado "incluso cuando se demuestre que un solo ingrediente del alimento está contaminado con óxido de etileno en el nivel más bajo detectable, incluso cuando el ingrediente en cuestión comprende la parte más pequeña en porcentaje del alimento".

Por qué, en base a los test, no se pueden justificar las medidas socioeconómicas y de restricciones de derechos fundamentales que los distintos gobiernos a nivel mundial, nos han impuesto

- La Covid-19, no es una enfermedad nueva sino un síndrome clínico conocido y perfectamente caracterizado. Hay muchas similitudes con el SIDA, "eso signica que no se puede determinar la causa precisa de su patogenia. Solo que en el caso actual la diversidad sintomática de los presuntos infectados es tan impresionante (va desde asintomáticos hasta casos mortales o persistentes con secuelas de autoinmunidad) que es imposible que pueda ocasionarlos un solo agente y, menos aún, un virus. No entiendo pues cómo los virólogos y los médicos lo aceptan. En un sentido nosológico ni es una enfermedad ni la produce un coronavirus. Ni siquiera el hecho de que pueda estar desencadenada por un proceso infeccioso asociado a un coronavirus, a otros virus o incluso a hongos y bacterias (como se está comprobando actualmente a nivel clínica) implica que haya relación causal. El proceso inflamatorio que puede iniciar la información transmitida por lo que llamamos 'virus' o la disbiosis que supone una infección fúngica o bacteriana dan lugar en el organismo a una reacción inflamatoria que tiene la función de recuperar el mejor equilibrio

fisiológico posible en las condiciones actuales. El hecho de que la inflamación se descontrole y sea muy agresiva (incluso mortal) supone que el organismo no ha sido capaz de recuperar el equilibrio debido a las malas condiciones previas en que se encontraba o a la toxicidad del estresor".

- Ninguna enfermedad o síndrome se puede diagnosticar por pruebas complementarias. Desde la más elemental praxis y ética médica, cualquier diagnóstico tiene que estar fundamentado en datos clínicos recogidos de la exploración del paciente, más las pruebas complementarias necesarias y suficientes.

- Dichas pruebas diagnósticas patognomónicas para Covid-19 son las siguientes: a) Enfermedad aguda febril de más de una semana de evolución. b) Neumonía intersticial, generalmente bilateral (comprobada por Rx). c) Hipoxia con hipoxemia y baja saturación de oxígeno. d) Recuento de leucocitos normal o bajo y de linfocitos bajo. e) Analítica característica con al menos estos tres marcadores: elevación muy importante de la proteína C reactiva, elevación del dímero D (hipercoagulabilidad) o elevación de la ferritina.

- Los test diagnósticos: RT-PCR, test de antígeno (Ag) o test de anticuerpos (Ac) son SIEMPRE COMPLEMENTARIOS, es decir sirven para corroborar un diagnóstico clínico, nunca para sustituirlo (y esto es de la más elemental praxis médica). Una prueba RT-PCR positiva no se pude considerar probatoria de contagio alguno, ya que la PCR es una técnica que en ningún momento sirve para diagnosticar una enfermedad.

- Si los positivos por PCR tienen algún poder predictivo sobre el número de muertes esperadas (lo único realmente preocupante en una epidemia) debería haber alguna correlación, es decir, cuantos más positivos por PCR para el SARS-CoV-2 un día determinado, más muertes por Covid-19 en un futuro próximo (presumiblemente entre 2 y 4 semanas después, que es la evolución clínica conocida de la enfermedad de curso grave).

  Sin embargo, en el documento titulado "Positivos por PCR, ¿qué significa?", del 23 de septiembre de 2020 elaborado por el Departamento de Física y Tecnología de The Artic University of Norway, se demuestra que los positivos por PCR no se correlacionan con el exceso de muertes en el futuro inmediato. En última instancia esto significa que los positivos por PCR no se pueden utilizar para saber si la pandemia está avanzando pues para eso, las muertes deben aumentar o mantenerse elevadas.

- Aún suponiendo que fueran fiables, un verdadero positivo en la PCR no significa una persona infecciosa ni capaz de contagiar, ya que la PCR solamente detectaría pequeños fragmentos del genoma vírico (de menos de 200 nucleótidos cuando el virus supuestamente tiene en torno a 30 000, concretamente la cepa de Wuhan supuestamente tenía 29 903 nucleótidos). Un positivo en RT-PCR jamás puede ser

considerado como un contagio o caso de enfermedad, ya que esta prueba además de inespecífica, no detecta partículas virales viables, sino fragmentos de ARN en este caso.

La única forma de saber si un resultado PCR positivo corresponde a un virus infeccioso, es mediante cultivo vírico en células especiales, para ello el espécimen obtenido del paciente PCR positivo debe inocularse, en el laboratorio especializado, al cultivo celular y observar citopatogenicidad en el mismo, es decir, muerte celular. Si esta citopatogenicidad no se observa, es debido a que el virus no es infeccioso. Si no se realiza cultivo celular del paciente, no se puede afirmar que esté infectado con el virus SARS-CoV-2. Para considerar que una PCR es positiva se debe demostrar su crecimiento directo en células del aparato respiratorio humano.

- La variación en el número de ciclos utilizado para las pruebas RT-PCR en distintos laboratorio es igualmente inaceptable debido a la fácil manipulación de este parámetro que se puede realizar a conveniencia de las autoridades, más ciclos de amplificación más positivos. No se deben aceptar pruebas RT-PCR con más de 22 ciclos, confirmado también por la propia OMS.

- Durante esta pandemia se está utilizadando al libre albedrío y de una forma intencionada el nº de test que se realizan, de manera que se han generado las sucesivas olas cuando la realidad de los datos dice que no han existido tales olas.

Como ya ha quedado demostrado, los test no son fiables y como veremos más adelante, no hay evidencia científica de que el supuesto virus haya sido aislado, purificado y secuenciado, por lo tanto, el cultivo vírico complementario, sencillamente no es posible, con lo cual, valorar la infectividad real, es también imposible. Consecuentemente, basar todas las medidas restrictivas de derechos y socioeconómicas en estos test, carece de justificación científica y las convierte en erróneas además de en tremendamente injustas, no conformes a derecho y peligrosas.

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) anunció la retirada del mercado de unos **2.2 millones de kits de prueba de Covid-19** después de descubrir que los kits **producían una tasa** "**más alta de lo aceptable**" **de "resultados de pruebas falsos positivos**".

La agencia federal agregó que la retirada del mercado de los más de 2 millones de kits se clasifica como "el tipo más grave", conocido como "retirada de Clase I", y agregó que "**el uso de estas pruebas puede causar graves consecuencias adversas para la salud o la muerte**".

Citando un informe de la FDA, The Federalist señaló que "**un falso positivo podría resultar en un diagnóstico o tratamiento retrasado para la enfermedad real de una persona, tratamientos Covid-19 innecesarios que**

pueden tener efectos secundarios nefastos o un aislamiento innecesario". A las personas que dan positivo en la prueba de Covid-19, se les quiere negar el acceso a lugares públicos o se les quiere prohibir ir a trabajar en muchos casos.

Conviene terminar aclarando que **los test PCR (extensivo para el test de antígenos o el de anticuerpos), no son** obligatorios, así se ha especificado en una sentencia del Tribunal Supremo (86), de la que sacamos algunas conclusiones importantes:

- Habrá que tener en cuenta la normativa estatal vigente en cada momento.
- **El empleador no puede obligar a los trabajadores a realizarse pruebas PCR sin que haya una norma estatal vigente que lo establezca expresamente**.
- **Si no hay normativa que imponga la obligación de realizar las pruebas PCR, será necesaria la prescripción médica individualizada**.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121)).

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Aislamiento del virus

Lo primero que debemos señalar, es que la creencia preestablecida de que el virus ha sido aislado y secuenciado, presenta serias dudas; existen pruebas de que tal circunstancia, no se ha producido realmente (1) (2) (3) (1) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (reconocido por los propios CDC y la FDA (23) (24) (25) (26), por la OMS, por el gobierno irlandés (27) (28), por el gobierno argentino (29), por el gobierno canadiense (30), por el gobierno de Uruguay (31) (32), por el propio gobierno español (y así, hasta un total de **137 instituciones**, y subiendo, en diferentes países (33) (34), cuyas respuestas a las distintas solicitudes de información sobre el aislamiento, se han dividido en 10 partes (parte 1) (parte 2) (parte 3) (parte 4) (parte 5) (parte 6) (parte 7) (parte 8) (parte 9) (parte 10) y por el propio Drosten (35)); no hay pruebas científicas claras que lo demuestren (no valen cepas artificiales recreadas sintéticamente partiendo de una secuencia informática, ni las que utilizan células Vero para ello (sabemos que los virus se pueden recombinar (36) (37) (38) y, por tanto, **no se puede demostrar que el supuesto "nuevo coronavirus" no sea un híbrido derivado de cultivos celulares**) (39) (40), como menciono un poco más adelante, **sustancias tales como los antibióticos que se añaden a los tubos de ensayo en los experimentos in vitro realizados para la detección de virus pueden "**estresar**" el cultivo celular de manera que se formen nuevas secuencias**

genéticas no detectables previamente), aún cuando se ha ofrecido dinero para aquel que las presente (41). Por tanto, **creer en la existencia del virus con los datos y pruebas científicas de que disponemos hoy, se convierte en un acto de fe**:

Si realmente el virus ha sido aislado y secuenciado, ¿cómo es que en todas las "vacunas" Covid, no se ha recurrido a la forma tradicional (ampliamente probada) de preparación, partiendo del virus inactivado o debilitado y, han recurrido a otras plataformas experimentales como el ARNm o un adenovirus, con los peligros que conllevan?

Algunos dicen que la prueba de que el virus existe, es la "vacuna" CoronaVac ya que, supuestamente, contiene el virus inactivado. Supuestamente, el virus se hace crecer en células Vero de forma masiva. Se inactiva para garantizar que no sea infectivo, es decir, que no es capaz de replicarse. Este tipo de células Vero, proceden de un linaje de células de riñón de mono verde. Según dicen además, las muestras fueron extraídas de pacientes de China. La vacuna incluye una sustancia adyuvante que en este caso es hidróxido de aluminio, supuestamente para potenciar la "inmunidad", cuando **se ha demostrado que los adyuvantes con base de aluminio, pueden ocasionar graves problemas de salud** (42) (43). Al utilizar el virus completo, **se introducen además de la proteína S de la espícula (que justamente es la que causa el daño, no el virus en sí**), otras como la E de la cobertura, la M de la membrana, la N de la nucleocápside, etc., lo que supuestamente, constituye una ventaja teórica.

Tampoco debemos olvidar que además de los adyuvantes con base de aluminio, en las vacunas, se han encontrado otras "sustancias" peligrosas que producen micro y nanocontaminación. En un estudio (44), se analizaron las vacunas por los posibles efectos secundarios que pueden causar. Con el fin de aportar nueva información, se aplicó un método de investigación por microscopía electrónica al estudio de vacunas, con el objetivo de verificar la presencia de contaminantes sólidos mediante un Microscopio Electrónico de Barrido Ambiental equipado con una microsonda de rayos X. Los resultados de esta nueva investigación, muestran la **presencia de material particulado micro y nanométrico compuesto por elementos inorgánicos en muestras de vacunas que no son declarados entre los componentes y cuya presencia indebida es, por el momento, inexplicable.** Una parte considerable de esos contaminantes particulados, ya han sido verificados en otras matrices y reportados en la literatura como no biodegradables y no biocompatibles. **Los análisis realizados, muestran que en todas las muestras controladas, las vacunas contienen cuerpos extraños no biocompatibles y biopersistentes no declarados por los productores, contra los cuales el organismo reacciona en cualquier caso**. La hipótesis que manejan los autores, es que esa contaminación sea accidental ya que probablemente se deba a componentes o procedimientos contaminados de procesos industriales (por ejemplo, filtraciones) utilizados para producir vacunas, no investigados y no detectados por los productores; no obstante, aunque haya una razón accidental, la realidad es que esos contaminantes, están presentes, con lo que ello conlleva.

Si es verdad que las muestras del virus que lleva la “vacuna" fueron extraídas de pacientes de China:

¿Cómo es posible que a día de hoy no haya una micrografía electrónica que muestre el grado de purificación (45)?

Analicemos los siguientes estudios (que dieron origen a todo); a sus autores se les preguntó acerca de si sus micrografías electrónicas muestran el virus purificado; sus respuestas fueron las siguientes:

Respuesta estudio 1 (46): “La imagen es el virus que brota de una célula infectada. No es un virus purificado.”

Respuesta estudio 2 (47): “No pudimos estimar el grado de purificación porque no purificamos y concentramos el virus cultivado en células.”

Respuesta estudio 3 (48): “No obtuvimos una micrografía electrónica que mostrara el grado de purificación”.

Respuesta estudio 4 (49): “[Mostramos] una imagen de partículas de virus sedimentadas, no purificadas.”

Con respecto a estos cuatro estudios, está claro que lo que se muestra en las micrografías electrónicas (EM) es el resultado final del experimento, lo que significa que no hay otro resultado del que podrían haber hecho EM. **Si los autores de estos estudios reconocen que sus micrografías electrónicas (EM publicados) no muestran partículas purificadas, entonces definitivamente no poseen partículas purificadas que afirman ser virales.** En este contexto, debe observarse que algunos investigadores usan el término “aislamiento” en sus documentos, pero los procedimientos descritos en estos documentos no representan un proceso de aislamiento (purificación) adecuado. En consecuencia, en este contexto el término “aislamiento” es mal usado.

Por lo tanto, **los autores de cuatro de los principales artículos de principios de 2020 que afirman el descubrimiento de un nuevo coronavirus, reconocen que no tenían pruebas de que el origen del genoma del virus fuera partículas virales o restos celulares, puros o impuros, o partículas de ningún tipo. En otras palabras, la existencia del ARN del SARS-CoV-2 se basa en la fe, no en los hechos**.

Esto realmente significa que **no se puede concluir que las secuencias de genes de ARN, que los científicos tomaron de las muestras de tejido preparadas en los ensayos in vitro mencionados y para las cuales las pruebas de PCR finalmente se están “calibrando”, pertenecen a un virus específico, en este caso SARS-CoV-2. Además, no hay pruebas científicas de que esas secuencias de ARN sean el agente causal de lo que se llama Covid-19.**

Hay una quinta publicación (50), que junto con las otras 4 anteriores, fue pionera en hablar del nuevo coronavirus allá por febrero de 2020. No se ha obtenido respuesta de los autores, pero sí podemos analizar la publicación:

"Recolectamos líquido de lavado broncoalveolar (BALF) y realizamos una secuenciación metatranscriptómica profunda. La muestra clínica se manipuló en un laboratorio de nivel 3 de bioseguridad en el Centro Clínico de Salud Pública de Shanghai. **Se extrajo el ARN total de 200 µl de BALF** y se construyó una biblioteca metatranscriptómica para la secuenciación de pares (lecturas de 150 pb) utilizando un Illumina MiniSeq como se describió anteriormente".

"En total, **generamos 56 565 928 lecturas de secuencia que fueron ensambladas de nuevo** y seleccionadas para posibles agentes etiológicos".

"La secuencia del genoma de este virus, así como sus extremos, se **determinaron y confirmaron mediante PCR con transcripción inversa (RT-PCR) y amplificación rápida 5' / 3' de extremos de cDNA (RACE)**, respectivamente. Esta cepa de virus se designó como coronavirus WH-Human 1 (WHCV) (y también se ha denominado '2019-nCoV') y su secuencia de genoma completo (29 903 nt) se le ha asignado el número de acceso de GenBank MN908947".

"La organización del genoma viral del WHCV, se determinó por alineación de secuencias con dos miembros representativos del género Betacoronavirus: **un coronavirus asociado con humanos (SARS-CoV Tor2**, número de acceso de GenBank AY274119) **[2003]** y un coronavirus asociado con murciélagos (murciélago SL-CoVZC45, Número de registro de GenBank MG772933)".

En ningún momento se habla de aislamiento, ni purificación. Utilizan para la determinación y confirmación, RT-PCR, que ha quedado sobradamente demostrado que no sirve para esa finalidad. Como comenté en el anterior apartado, **cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, ya sabemos que en realidad no es así, sino que lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador**. Así que básicamente, los fragmentos de virus que les faltan para completar su SARS-CoV-2 "teóricamente detectado", lo rellenan de manera ficticia haciéndolo coincidir con una secuencia consenso de una base de datos como la de Gen Bank (51). Hasta ellos mismos reconocen que es un coronavirus asociado con humanos.

En el siguiente vídeo del proyecto Enmanuel, se desmontan científicamente algunas de esas publicaciones que, supuestamente, habían aislado el virus. El Dr. Stefan Lanka (virólogo aleman), hace lo propio en los siguientes vídeos, en los que nos muestra por qué es imposible que realmente se haya podido aislar.

Se preguntó al Dr. Charles Calisher, experto virólogo que en 2001 escribió en una publicación con más virólogos: "Los métodos de detección de virus modernos como] la pulida reacción en cadena de la polimerasa […] dicen poco o nada sobre cómo se multiplica un virus, qué animales lo tienen, [o] cómo enferma a las personas. [Es] como intentar determinar si alguien tiene mal aliento por medio del estudio de su huella dactilar"; acerca de si conoce un solo estudio en el que el se aisle el SARS-CoV-2 y al fin se purifique realmente. Su respuesta: "No conozco ninguna publicación que lo diga. He estado atento para ver si salía alguna".

¿Si las partículas de las que se dice que son SARS-CoV-2 no han sido purificadas, cómo se puede estar seguro de que las secuencias genéticas de ARN de estas partículas pertenezcan a un virus específico?

Sobre todo si se tiene en cuenta la existencia de estudios que muestran que sustancias tales como los antibióticos que se añaden a los tubos de ensayo en los experimentos in vitro realizados para la detección de virus pueden "estresar" el cultivo celular de manera que se formen nuevas secuencias genéticas no detectables previamente, una circunstancia que ya señaló la premio Nobel Barbara McClintock en su discurso de aceptación en 1983.

Las primeras muestras recolectadas de pacientes con Covid de Wuhan muestran que los virus transgénicos se enviaron desde un laboratorio canadiense. El Dr. Steven Quay, un médico-científico con sede en Seattle y ex miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, ha descubierto **nuevas evidencias de dos virus genéticamente modificados (OGM) en muestras de pacientes recolectadas de Wuhan, China, durante los primeros días de la pandemia**. Los pacientes de los que se recolectaron las muestras tenían una "enfermedad de neumonía no identificada", según los informes de diciembre de 2019. Sus muestras se cargaron en GenBank, una base de datos de secuencias genéticas en el sitio web de los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. (NIH), donde los investigadores pudieron examinarlas en busca de evidencia de SARS-CoV-2.

Quay, sin embargo, tomó una ruta diferente al investigar qué más podría estar presente en las muestras. **Descubrió que contenían evidencia del virus** Henipah, un virus OGM que es uno de los dos tipos enviados a China por científicos nacidos en China que en ese momento trabajaban en un laboratorio canadiense. El Dr. Joe Wang, Ph.D., quien anteriormente encabezó un programa de desarrollo de vacunas para el SARS en Canadá con una de las principales compañías farmacéuticas del mundo, verificó los hallazgos de Quay. Después de examinar la evidencia y replicarla, confirmó que el virus Henipah está, de hecho, presente en las primeras muestras conocidas del virus chino. El propósito de su presencia, dice, probablemente fue desarrollar una "vacuna". Esto **está corroborado por documentos del gobierno de Canadá que muestran que las muestras se enviaron al Instituto de Virología de Wuhan (WIV) con el propósito declarado de "cultivo de virus de reserva". Sin embargo, no se suponía que las muestras fueran manipuladas genéticamente, que es lo que parece haber sucedido**. **Los científicos, tal vez, los cruzaron con la**

gripe "Fauci", o tal vez, su contenido sea la gripe "Fauci" con un nombre diferente, ya que el SARS-CoV-2 nunca se ha aislado ni se ha demostrado que exista.

Historia del aislamiento del virus

Autoridades sanitarias chinas

Anunciaron el 7 de enero de 2020 que se había identificado "un nuevo tipo de virus" "similar al asociado con el SARS y el MERS" (informe relacionado, no fuente original del gobierno chino). El método subyacente se describe a continuación:

"Recopilamos y analizamos prospectivamente datos sobre pacientes con infección por 2019-nCoV **confirmada por laboratorio mediante RT-PCR en tiempo real y secuenciación de próxima generación**".

"Los datos se obtuvieron con formularios de recopilación de datos estandarizados compartidos por la OMS y el Consorcio Internacional de Infecciones Emergentes y Respiratorias Agudas Graves a partir de registros médicos electrónicos".

Otra vez, utilizan RT-PCR, con lo cual, todo queda invalidado, además, tampoco aparece la palabra, aislamiento ni purificación por ningún sitio, ni tampoco ninguna prueba clara de haberlo conseguido.

Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Tras el anuncio chino, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), declaró que se había aislado el virus, dicha declaración, con fecha del 28 de enero de 2020 (actualizada en diciembre de 2020), es inequívoca:

"El SARS-CoV-2, el virus que causa el Covid-19, fue aislado en el laboratorio y está disponible para la investigación de la comunidad científica y médica"

Poco después empezaron a reconocer lo contrario, incluso en sus propios documentos (52) (53) (54) (55).

OMS

Dado que no las autoridades chinas no proporcionaron a la OMS una muestra de SARS-CoV-2 aislado/purificado y por tanto, los detalles sobre el aislamiento no estaban disponibles; la OMS, decidió "personalizar" su prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR) utilizando el virus corona SARS 2003 supuestamente aislado y "similar" según ellos (posteriormente rebautizado como SARS-CoV-1) como "punto de referencia" (o proxy), para detectar fragmentos genéticos del SARS-CoV-2 de 2019.

Buscó el consejo del **Dr. Christian Drosten** y sus colegas del Instituto de Virología de Berlín en el Hospital Charité. Posteriormente se envió a la OMS el estudio titulado "Detección del nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) mediante RT-PCR en tiempo real"), publicación que como quedó demostrado en el anterior apartado, está plagada de errores científicos y en la que los propios autores reconocen que "**los aislados de virus o muestras de pacientes infectados no estaban disponibles** ...".

La información que proporcionaron a la OMS fue la siguiente:

"Las secuencias del genoma sugieren la presencia de un virus estrechamente relacionado con los miembros de una especie viral denominada CoV relacionada con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), una especie definida por el agente del brote de SARS en humanos en 2002/03".

"Informamos sobre el establecimiento y validación de un flujo de trabajo de diagnóstico para el cribado de 2019-nCoV y la confirmación específica [**utilizando la prueba RT-PCR], diseñado en ausencia de aislados de virus disponibles o muestras originales de pacientes**. El diseño y la validación fueron posibles gracias a la estrecha relación genética con el SARS-CoV de 2003, y fueron ayudados por el uso de tecnología de ácido nucleico sintético" (56).

Lo que esta afirmación audaz sugiere, es que no se requirió el aislamiento/purificación de 2019-nCoV y que la "validación" estaría habilitada por "la estrecha relación genética con el 2003-SARS-CoV". Errores científicos de tremenda gravedad.

Las recomendaciones del estudio Drosten (respaldado y financiado por la Fundación Gates) relativas al uso de la prueba RT-PCR aplicada a 2019-nCoV, fueron luego respaldadas firmemente por el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom.

En todo este tiempo transcurrido, se han producido múltiples solicitudes individuales de información a múltiples instituciones, sobre las pruebas del aislamiento (como se comenta al inicio de este apartado) y ni en uno solo de los casos, se ha demostrado la existencia de dichas pruebas; hasta un total de 110 instituciones.

Se nos dice que el virus está en todas partes: en el aire, en nuestra respiración, atrapado en máscaras, sin embargo, las autoridades de salud pública parecen no estar en posesión de ninguna muestra clínica cultivable del patógeno ofensivo.

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud ordenó a las autoridades que no buscaran un virus, sino que confiaran en una prueba del genoma, la RT-PCR, que no es específica para el SARS-CoV-2.

En algunas de las solicitudes de Libertad de Información sobre muestras clínicas cultivables o evidencia directa de aislamiento viral (por ejemplo), no solo no contienen información que demuestre el aislamiento, sino que además, se

refieren a la prueba proxy RT-PCR, citando una publicación en Eurosurveillance, a modo de demostración; no obstante, esto, además de inútil es absurdo ya que en la propia publicación se dice:

"La detección de virus por PCR con transcripción inversa (RT-PCR) de muestras respiratorias se utiliza ampliamente para diagnosticar y monitorear la infección por SARS-CoV-2 y, cada vez más, para inferir la infectividad de un individuo. Sin embargo, la RT-PCR no distingue entre virus infecciosos y no infecciosos. La propagación del virus a partir de muestras clínicas confirma la presencia de virus infecciosos, pero no está ampliamente disponible (y) requiere instalaciones de nivel 3 de bioseguridad"

Además, los CDC admiten que "actualmente no hay disponibles aislados cuantificados del 2019-nCoV", y que utilizaron un cultivo de células de adenocarcinoma alveolar de pulmón humano modificado genéticamente para "imitar una muestra clínica".

Por lo tanto, después de todo lo dicho, parece que tenemos organismos de salud pública sin muestras clínicas del aislamiento y que encima utilizan para diagnosticar, una prueba que no es específica y no distingue entre infectividad y no infectividad, un requisito para que las instalaciones de nivel 3 de bioseguridad incluso busquen un virus, aún así, nos han llevado a creer que está en nuestras narices.

En este punto, conviene hablar sobre los postulados de Koch:

Robert Koch enunció sus ya famosos postulados en el curso de sus investigaciones sobre el carbunco bacteridiano, una enfermedad que se transmitía de forma frecuente al hombre desde el ganado lanar y vacuno. En sus investigaciones sobre el carbunco bacteridiano, Koch descubrió que el patógeno se encontraba siempre en la sangre de los animales enfermos, por lo que, en una primera fase de investigación, tomó pequeñas muestras de sangre de estos animales y se las inoculó a animales sanos. El resultado fue la transmisión de la enfermedad y, por tanto, el establecimiento de la etiología de la enfermedad.

En una segunda fase de investigación, descubrió que el patógeno podía ser aislado de los individuos enfermos y cultivado en el laboratorio sin perder su capacidad patogénica, ya que cuando se les inoculaba a nuevos individuos se reproducía la enfermedad.

A partir de estas investigaciones, propuso los siguientes postulados:

- La bacteria patógena debe aislarse siempre de animales enfermos y nunca de animales sanos.
- Cuando un animal está enfermo la bacteria debe aislarse en cultivo puro.
- Si la bacteria se inocula a otro individuo debe reproducirse la enfermedad.

- La bacteria debe aislarse nuevamente en cultivo puro.

Para establecer una conexión causal, de una forma u otra, es decir, más allá del aislamiento y la purificación del virus, habría sido absolutamente necesario llevar a cabo un experimento que satisfaga los cuatro postulados mencionados. Pero no existe tal experimento, como Amory Devereux y Rosemary Frei revelaron en su momento (57). **La necesidad de cumplir con estos postulados con respecto al SARS-CoV-2 se demuestra, sobre todo, por el hecho de que se han hecho intentos para cumplirlos. Pero incluso los investigadores que afirman haberlo hecho, en realidad, no tuvieron** éxito.

En 1988 Stanley Falkow formuló una versión de los postulados de Koch, con el fin de dilucidar si determinados genes bacterianos tenían un papel protagonista en la capacidad patógena de las bacterias. Varios años más tarde, en 1996, y a raíz del descubrimiento del Herpesvirus humano 8, los investigadores David Relman y David Fredericks formularon las normas moleculares revisadas para establecer las causas de la enfermedad microbiana, las cuales proponen que la identificación de los patógenos puede llevarse a cabo considerando el grado de asociación entre el patógeno y el tejido infectado u observando la correlación entre el curso de la enfermedad y la cantidad de material genético encontrado del patógeno en cuestión. Si bien la aplicación de las nuevas técnicas moleculares a la microbiología supone un gran avance, **los investigadores, en contra de lo que dicen los creyentes en la fe covidiana, son muy cautelosos a la hora de desechar los postulados de Koch, sobre todo considerando la** importancia **que han tenido y que aún tienen en la lucha contra las enfermedades microbianas**.

Los defensores del discurso oficial suelen decir que para que un virus exista y sea el causante de una enfermedad, no es necesario que cumpla con los 4 postulados, suelen hacer referencia a otros postulados para justificar esa afirmación, los postulados de Rivers. Fueron propuestos por Thomas M. Rivers en 1937 para establecer el papel de un virus específico como causa de una enfermedad específica. Son modificaciones de los postulados de Koch y son los siguientes:

- Aislamiento del virus desde el hospedador enfermo.
- Aislamiento de virus en cultivo en células.
- Prueba de tamaño por filtrado.
- Producción de enfermedad comparable cuando el virus cultivado es inoculado para infectar animales de experimentación.
- Re-aislamiento del mismo virus desde el animal de experimentación.
- Detección de una respuesta inmune específica contra el virus.

Cualquiera que sea el conjunto de postulados que se utilice, el SARS-CoV-2 NO PASA LA PRUEBA. No se ha demostrado que el coronavirus SARS-CoV-2 (que supuestamente causa la enfermedad Covid-19) esté presente solo en personas enfermas y no en personas sanas. El virus nunca se ha aislado, lo que debe hacerse con el equipo adecuado, como microscopios electrónicos, y no se puede lograr mediante tomografías computarizadas (como lo estaban usando los chinos) y la prueba defectuosa de RT-PCR. No debemos olvidar, que como mencioné anteriormente, los propios CDC, han admitido que el SARS-CoV-2 es un virus digital generado por computadora, no un virus vivo real:

"En otras palabras, es un virus Frankenstein que **ha sido inventado y cosido usando secuencias de bases de datos genómicas (algunas virales, otras no)**. **Nunca se ha aislado y purificado adecuadamente para que pueda secuenciarse de un extremo a otro una vez derivado de tejido vivo; en cambio, se ensambla digitalmente a partir de una base de datos informática**. **Los científicos de los CDC afirman que tomaron solo 37 pares de bases de un genoma de 30 000 pares de bases, lo que significa que aproximadamente el 0.001% de la secuencia viral se deriva de muestras vivas reales o tejido corporal real. En otras palabras, tomaron estos 37 segmentos y los colocaron en un programa de computadora, que completó el resto de los pares de bases**. Este paso de generación de computadoras constituye un fraude científico". Hasta la propia OMS, reconoce que es un virus creado con ordenador.

Los científicos de los CDC realizan dos afirmaciones acerca del Covid que destruyen la narrativa oficial, revelo cómo los CDC admitieron en su artículo que extrapolaron su virus imaginario:

"Diseñamos 37 pares de PCR anidadas que abarcan el genoma sobre la base de la secuencia de referencia del coronavirus (nº de acceso de GenBank NC045512). Extrajimos el ácido nucleico de los aislados y lo amplificamos mediante el uso de 37 PCR anidadas individuales".

Otra forma de decir esto es que el "virus" se ha construido utilizando una técnica llamada ensamblaje de novo, que es un método para construir genomas a partir de una gran cantidad de fragmentos de ADN (cortos o largos), sin un conocimiento a priori de la secuencia correcta u orden de esos fragmentos.

El estudio europeo Corman-Drosten utilizó un genoma "in silico" de un virus "in silico":

El artículo original de Corman-Drosten admite que utilizaron una secuencia de virus teórica para todo su trabajo y cálculos. Ellos, al igual que los CDC y todos los gobiernos y agencias, afirman que esto se debe solo a que nunca hubo un aislado disponible. Me pregunto si alguno de estos científicos preguntó por qué el aislado nunca estuvo disponible.

"En el caso actual de 2019-nCoV, **los aislados de virus o las muestras de pacientes infectados no han estado disponibles hasta ahora para la comunidad internacional de salud pública**".

Se publicó un estudio posterior que destaca fallos fatales en el artículo de Corman-Drosten. Destaca cómo **los autores utilizaron secuencias in silico o teóricas de bancos de computadoras, no muestras reales aisladas de personas infectadas. "In silico" es pseudo-latino para "teórico"; En un lenguaje sencillo, los sinónimos de teórico son "imaginario" e "hipotético"**.

"El primer y mayor problema es que **el 'nuevo' Coronavirus SARS-CoV-2** (en la publicación denominado 2019 -nCoV y en febrero de 2020 denominada SARS-CoV-2 por un consorcio internacional de expertos en virus) **se basa en secuencias in silico (teórico), suministradas por un laboratorio en China, porque en ese momento los autores no disponían de material de control del SARS infeccioso ("vivo") o inactivado -CoV- 2 ni del ARN genómico aislado del virus**. Hasta la fecha, **los autores no ha realizado ninguna validación basada en virus SARS-CoV-2 aislados o ARN de longitud completa de los mismos**.

Sin embargo, **estas secuencias in silico se utilizaron para desarrollar una metodología de prueba de RT-PCR para identificar el virus mencionado**. Este modelo se basó en la suposición de que el nuevo virus es muy similar al SARS-CoV de 2003 (en adelante denominado SARS-CoV-1) ya que ambos son beta-coronavirus. En resumen, **un diseño que se basa simplemente en parientes genéticos cercanos no cumple el objetivo de una "prueba de diagnóstico sólida" como reactividad cruzada y, por lo tanto, inevitablemente se producirán como resultado falsos positivos**. La validación solo se realizó con respecto a in silico secuencias (teóricas) y dentro del entorno de laboratorio, y no como se requiere para el diagnóstico in vitro con ARN viral genómico aislado. Este mismo hecho no ha cambiado incluso después de todo este tiempo desde la introducción de la prueba en los diagnósticos de rutina".

La revista sanitaria española DSalud publicó un artículo en noviembre de 2020 titulado donde expone la falta de evidencia no solo para el aislamiento del SARS-CoV-2, sino también para el aislamiento de otros coronavirus pasado. La estafa de la Covid imita en gran medida otras pandemias históricas falsas, como la pandemia de gripe porcina de 1976. El artículo de DSalud afirma:

"**Las secuencias genéticas utilizadas en las PCR para detectar sospechas de SARS-CoV-2 y diagnosticar casos de enfermedad y muerte atribuidos a Covid-19 están presentes en decenas de secuencias del propio genoma humano y en las de unos cien microbios**. Y eso incluye los iniciadores o cebadores, los fragmentos más extensos tomados al azar de su supuesto "genoma" e incluso los llamados "genes diana" supuestamente específicos del "nuevo coronavirus". **La prueba no tiene ningún valor y todos los resultados "positivos" obtenidos hasta ahora deben ser científicamente invalidados**

y comunicados a los afectados; y si han fallecido, a sus familiares. Stephen Bustin**, uno de los principales expertos mundiales en PCR, de hecho dice que bajo ciertas condiciones, cualquiera puede dar positivo:**

En una entrevista reciente en un podcast, Bustin señala que la elección de umbrales de Cq tan arbitrarios no es ideal, ya pueden ser o demasiado bajos (en cuyo caso quedarían eliminados los resultados válidos) o demasiado altos (con lo cual aumentarían los falsos resultados "positivos").

De acuerdo con el profesor **se debería utilizar un Cq de entre 20 y poco más de 30, y cualquier resultado obtenido con un Cq por encima de 35 resulta preocupante**.

Si el valor de Cq aumenta demasiado, se hace difícil distinguir una señal real por encima del fondo, por ejemplo debido a reacciones de los cebadores y las sondas fluorescentes, por lo que hay una mayor probabilidad de que se den falsos positivos.

En el curso de un proceso de conversión (de ARN a ADNc) la cantidad de ADN obtenida a partir del mismo material de ARN puede variar enormemente, incluso en un factor 10. **Teniendo en cuenta que las secuencias de ADN se doblan en cada ciclo, incluso una variación ligera se magnifica y puede así alterar el resultado, destruyendo el valor informativo de la prueba**.

En 2007 Gina Kolata describió en un artículo publicado en el New York Times llamado Faith in Quick Test Leads to Epidemics That Wasn't [**la fe en las pruebas rápidas conduce a una epidemia que no lo fue] cómo declarar pandemias de virus tomando como base las pruebas de PCR puede terminar en desastre**.

Es completamente absurdo incluir la propia prueba de PCR en el criterio de referencia para evaluar la prueba de PCR, la Covid-19 no tiene síntomas específicos propios, como incluso personas como Thomas Löscher, antiguo jefe del Departamento de Infecciones y Medicina Tropical de la Universidad de Munich y miembro de la Asociación Federal de Internistas Alemanes, ha reconocido.

¿Qué es lo primero que se necesita para realizar el aislamiento, es decir, probar la existencia, de un virus? Necesitamos saber de dónde procede el ARN para el cual están calibradas las pruebas de PCR.

Las pruebas de PCR están calibradas para detectar secuencias de genes (en este caso secuencias de ARN, ya que se piensa que el SARS-CoV-2 es un virus de ARN), necesitamos tener claro que estos fragmentos de genes forman parte del virus buscado. Y para para poder saber esto se debe aislar y purificar correctamente el supuesto virus, cosa que como demuestro más arriba, no ha sucedido.

No pueden realizarse pruebas específicas para un virus sin conocer los componentes del virus que está tratando de detectar. **Y los componentes no se pueden conocer sin haber aislado y purificado previamente ese virus**. Llevamos tiempo acumulando evidencia de que nadie ha aislado el SARS-CoV-2 y, lo que es más importante, que nunca se podrá aislar. En este informe se muestran los resultados de una investigación particular realizada a partir de los datos publicados sobre el presunto SARS-CoV-2 y sobre los protocolos avalados por la OMS para el uso de RT-PCR así como los datos correspondientes al resto de los "coronavirus humanos". Y las conclusiones son tremendamente serias.

Se analizaron los coronavirus humanos 229E (que se dice que se aisló en 1965), OC43 (en 1967), SARS-CoV (en 2003), NL63 (en 2004), HKU1 (en 2005) y MERS-CoV (en 2012), **descubrieron que las supuestas secuencias de SARS-CoV-2 se encuentran tanto en humanos como en bacterias. Esto significa que todos los diversos modelos in silico de SARS-CoV-2 contienen secuencias genéticas humanas existentes, por lo que no es de extrañar que las personas den positivo**.

La evidencia que demuestra que el "virus" se construye en una base de datos informática de un banco de genes digital proviene de Frances Leader, quien cuestionó a la MHRA (Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios) del Reino Unido si se utilizó un virus real aislado para fabricar la "vacuna" Covid. Leader descubrió que **los protocolos de la OMS que utilizó Pfizer para producir el ARNm no parecen identificar ninguna secuencia de nucleótidos que sea exclusiva del virus SARS-CoV-2**. La científica preguntó si el "virus" era en realidad una secuencia genómica generada por computadora y, finalmente, la MHRA confirmó que no tenían una muestra real:

"La plantilla de ADN no proviene directamente de un virus aislado de una persona infectada".

Asintomáticos

El discurso oficial se basa en la figura del asintomático (persona portadora de la enfermedad pero que no presenta síntomas), término que quizá, confunden con el de supercontagiodores. Ambos tienen el virus, pero en diferente cantidad, obviamente el de menor cantidad, no desarrollará síntomas y por tanto, o no contagia o lo hará muy poco. Dichos asintomáticos son los principales responsables de la transmisión del virus según esa versión, curiosamente, se ha demostrado que esa afirmación, también es incorrecta, unos dicen que no contagian (58) (59) (60); y otros, que la posibilidad existe, pero que siempre lo hacen en menor proporción que los sintomáticos (en algunos casos la diferencia de esa proporción es muy grande) (61), lo cual ha sido reconocido por el propio Fauci: siempre son las personas sintomáticas las que conducen una epidemia. La información revisada indica que se han descrito casos de transmisión asintomática del SARS-CoV-2 aunque los datos disponibles muestran que la capacidad de estos individuos para transmitir la infección es siempre menor que la de los sintomáticos y presintomáticos (62); **se dispone de escasos datos**

sobre la tasa de transmisión de las personas realmente asintomáticas y se desconoce cuál es su papel en la dinámica de transmisión de la enfermedad.

La OMS explica que es importante distinguir la transmisión a partir de aquellas personas infectadas que nunca desarrollan síntomas (transmisión asintomática) de la transmisión presintomática, que es aquella a partir de sujetos asintomáticos en el momento de la transmisión pero que desarrollarán síntomas más adelante. Afirma que las personas infectadas pueden transmitir la infección tanto si son sintomáticos como si no. Si bien hace referencia a varios estudios en los que está descrita la transmisión a partir de sujetos presintomáticos y sujetos con infección asintomática; también indica **que es difícil estudiar la transmisión desde sujetos asintomáticos** y que los estudios disponibles sugieren que los individuos asintomáticos tienen menos probabilidades de transmitir el virus que aquellos que desarrollan síntomas (63).

Científicos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, han desarrollado una investigación que muestra que los asintomáticos de coronavirus transmiten el virus pero que no son tan contagiosos como los que sí desarrollan síntomas. Concretamente, según su modelo, publicado en JAMA Network Open, los asintomáticos contagian un 25 por ciento menos (64).

Recojo también, la información que aporta una metaanálisis que trata de determinar la extensión de la infección asintomática y su potencial de transmisión en la población. Esta revisión incluyó 9 estudios con riesgo de sesgo bajo, con un total de 559 casos confirmados por RT-PCR de los que 83 eran asintomáticos. Todos los casos tuvieron un seguimiento de al menos 7 días, para poder distinguir los casos asintomáticos de aquellos presintomáticos. Cuatro de estos estudios ofrecían una supuesta evidencia directa de la transmisión de casos asintomáticos, sugiriendo tasas más bajas que en los casos sintomáticos. Las tasas de transmisión de los casos asintomáticos oscilaban entre el 0 y el 2.2% (0,8-15.4% entre los sintomáticos) (65).

En otro estudio (66), estudiaron a 455 contactos que estuvieron expuestos al portador asintomático del virus Covid-19. Se dividieron en tres grupos: 35 pacientes, 196 familiares y 224 personal hospitalario. Extrajeron su información epidemiológica, historias clínicas, resultados de exámenes auxiliares y esquemas terapéuticos. **No se detectaron infecciones por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) en los 455 contactos** mediante la prueba de ácido nucleico. **La conclusión a la que llegan es que la infectividad de los portadores asintomáticos del SARS-CoV-2 podría ser débil**.

En un estudio **realizado en la Universidad de California en San Francisco**, indican la presencia de **supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas", que están extendiéndose entre las personas "vacunadas", principalmente**. La investigación se basó en 1373 casos de personas que buscaron tratamiento en el área de la bahía de San Francisco, entre

el 1 de febrero y el 30 de junio. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **quienes nunca desarrollan síntomas durante una infección "avanzada" son portadores de niveles muy bajos del virus, y por tanto no serían propagadores de este**. En la misma línea van otros estudios que muestran que la tasa de transmisión **de personas asintomáticas es 20 veces menor que la de los pacientes sintomáticos** (que son examinados y aislados de todos modos, independientemente de su estado de vacunación), **por lo que la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, es significativamente menor que el 1%**.

Hay algo, quizá lo más importante, que no debemos de olvidar. Toda esta discusión sobre la figura del asintomático, también se basa en un test PCR, que en este caso, ha dado positivo, pero la persona en cuestión, no muestra síntomas. Como ha quedado sobradamente demostrado en el apartado anterior, ese método de diagnóstico, no es válido, por tanto, los resultados de los diferentes estudios que utilizan esos test, también son científicamente no válidos. **Para poder asegurar que los asintomáticos existen realmente, primero habría que demostrar la existencia del virus y luego, disponer de otros métodos de diagnóstico, ya que los métodos actuales como el PCR (97% de error), presentan muy poca especificidad y fiabilidad. Por tanto, a día de hoy, creer en la figura del asintomático, también es un acto de fe.**

Por otro lado, **la OMS ha reconocido que el virus no se ha encontrado en muestras de aire** (67). Como sabemos, es aceptado que el receptor que utiliza el virus para interactuar con la célula es el ACE2 y como demuestro más adelante, dichos receptores, no se expresan en los pulmones. También sabemos, que el virus no puede ser cultivado en células del alvéolo pulmonar (A549) (68). En el pulmón sólo es posible cultivarlo en células de cáncer metastásico, y las células metastásicas no son específicas de pulmón. De igual forma, sabemos que **la trasmisión por vía aérea (gotas y aerosoles) no está probada científicamente**, **lo cual sólo puede hacerse mediante cultivo y secuenciación de la muestra objeto del estudio, como reconocía el propio Ministerio de Sanidad español en la página 8 de la actualización de 12 de noviembre de 2020 de un documento de información científico-técnica acerca de Covid-19** (69). Otro detalle importante, es que la neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, **tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se trasmite por vía aérea** (70) **y que las mascarillas son inútiles para frenar la trasmisión**. Incluso a nivel casero, la transmisión del virus por cualquier vía, es muy escasa (71), además se ha comprobado que la transmisión en superficies cuenta con muy baja probabilidad de suceder (72).

Esa transmisión vía asintomáticos, fue la principal razón que utilizaron muchos gobiernos, por un lado, para encerrarnos en casa sin justificación científica (73) (74) (75) (se ha demostrado que **los encierros no solo no evitaron el contagio**, sino que **fueron** contraproducentes (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85 86) (87) (87b), hasta tal punto, que según un reciente estudio (88), **los niños nacidos durante los encierros muestran deterioro en sus funciones cerebrales** o que incluso provocaron que **en Inglaterra se suicidaran 5 veces más niños de los que murieron por Covid** (89), o que los servicios de salud mental en Australia estén a niveles 'sin precedentes' en medio de los continuos bloqueos de Covid, o que a nivel internacional, haya un aumento sin precedentes del suicidio infantil (recordemos que cerraron colegios con el pretexto de un supuesto bien común, partiendo de la premisa de que eran focos de contagios y considerando a los niños como portadores peligrosos y, al igual que con todo lo demás, también en este caso se ha demostrado que fue un error, al no tener justificación científica alguna que lo respaldara (90)); por otro, para recomendarnos lo que llamaron "distanciamiento social" y que la ciencia también demostró que era erróneo (91) (92); y por último, para obligarnos a llevar mascarilla, lo cual, es un nuevo error, ya que no existe ninguna base científica que lo justifique, más bien lo contrario; no sólo no protege del contagio, sino que además es tremendamente peligrosa para el ser humano, pudiendo ocasionar graves problemas de salud, especialmente en niños (93).

Expertos médicos estadounidenses dicen que **la salud mental de los niños se deterioró durante la pandemia**, con una gran cantidad de niños ocupando camas en las salas de emergencia debido a la escasez de ubicaciones, proveedores y recursos para combatir la crisis.

El Dr. Paul Thomas entrevistó al psiquiatra infantil, el Dr. Mark McDonald, e invitó a dos estudiantes de segundo año de universidad y a un defensor de la familia a examinar la pregunta: ¿Cómo afecta el distanciamiento, el uso de mascarillas, la hiperdesinfección y la vergüenza por las "vacunas" a los niños y jóvenes?

McDonald dijo que ha estado llamando la atención sobre lo que ha aprendido en su práctica de psiquiatría infantil con sede en Los Ángeles sobre los efectos negativos del comportamiento pandémico.

Dijo que ha expresado sus preocupaciones en plataformas públicas y ha publicado, en noticias locales y nacionales, evaluaciones psicológicas basadas en evidencia de la respuesta a la pandemia en los niños y el impacto del cierre de escuelas en la salud psicológica de los niños.

En el transcurso de una década trabajando como psiquiatra infantil, McDonald dijo que ha observado la "variedad de jardín" de quejas tratables, con raros casos de trauma que requieren una intervención más seria. Pero **lo que ha visto en el transcurso de la pandemia, con la práctica de enmascarar a los niños, distanciarlos y desinfectarlos, es lo que él llama "abuso infantil"**.

McDonald dijo que los adultos se han estado revolcando en su propia ansiedad a expensas de los niños. Dijo que lo que ha observado es el **aumento de la**

gravedad y la profundidad de la sintomatología de la ansiedad y la depresión en niños de todo el espectro de edades, razas y clases económicas. Realmente no ha perdonado a nadie y es casi intratable.

Dijo que las mediaciones, terapias e intervenciones han sido «casi o completamente ineficaces» en el tratamiento de los efectos adversos de lo que describió como una psicosis delirante masiva.

"Creo que el problema es medioambiental. **Creo que estos niños están nadando, y han estado nadando durante más de un año y medio, en un ambiente tóxico, estresante, irracional, disfuncional y desconectado**".

Dijo que **al usar mascarillas, los niños pierden la conexión humana vital que se encuentra en las expresiones faciales, y del distanciamiento y el aislamiento están perdiendo la reciprocidad y los beneficios sensoriales de otros niños, animales y el aire libre**.

"Todo eso les ha sido quitado. El resultado, en mi opinión, ha sido **un colapso total de su psique (un paro en su desarrollo) y las semillas, que están germinando y yo diría 'floreciendo', de un trauma en toda regla que creo que durará por mucho tiempo. décadas, si no generaciones**".

Un nuevo estudio, realizado por científicos de una universidad japonesa en colaboración con el Centro de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas de Japón, ha identificado 2665 casos de exceso de mortalidad por suicidio en Japón entre julio de 2020 y marzo de 2021.

El exceso de mortalidad es la diferencia entre el número real de muertes y el umbral epidemiológico esperado, teniendo en cuenta las cifras de años anteriores. El estudio utilizó los datos oficiales de los registros desde 2005 hasta febrero de 2021.

Los investigadores concluyen que se ha producido un "exceso de mortalidad significativo debido al suicidio" entre ambas fechas, con el mayor exceso de mortalidad observado en octubre del año pasado.

El número de muertes atribuidas al coronavirus durante ese periodo fue de 8153, lo que significa que el exceso de mortalidad por suicidio debido al confinamiento y otras circunstancias relacionadas con la pandemia fue casi equivalente a un tercio del total de muertes por coronavirus.

Los autores del estudio proponen que los gobiernos examinen si las medidas sanitarias aprobadas durante la pandemia compensan las muertes ocasionadas por los confinamientos. El impacto en la calidad de vida debe ser considerado entre las diversas desventajas del confinamiento y otras restricciones a la actividad económica y social, como un componente principal de las medidas.

Los niños han estado experimentando crisis de salud mental desde marzo de 2020, y ha habido tres picos distintos de aumento en la prescripción

de medicamentos en niños de hasta 17 años en Inglaterra. Estos coincidieron con los bloqueos: marzo de 2020, noviembre de 2020 y enero de 2021.

Los médicos han dicho que han visto un aumento en la cantidad de niños que se presentan en hospitales y salas de emergencia que se encuentran en crisis de salud mental. Algunos niños de hasta ocho años se cortaron o sufrieron una sobredosis. Un psicólogo londinense atribuyó el aumento de las autolesiones a los niños al cierre de escuelas y las restricciones en las actividades deportivas y de contacto.

En junio de 2021, **los especialistas en salud mental también notaron que los niños muy pequeños están experimentando un "trauma encerrado" en el que tienen problemas para hacer amigos e interactuar**. También han experimentado ansiedad por jugar con otros.

El Departamento de Educación dijo en un informe que casi todos los estudiantes han experimentado algún tipo de desafío a su salud mental y bienestar durante la pandemia. Los investigadores analizaron datos recopilados de diferentes estudios en varias partes del mundo, y una conclusión clave es que de los 80 879 niños combinados que participaron en los estudios, aproximadamente **1 de cada 4 tenía síntomas de depresión, mientras que aproximadamente 1 de cada 5 tenía síntomas de ansiedad**. Los investigadores postulan que estas tasas son más altas ahora que antes de la pandemia.

Los especialistas en salud mental pueden brindar a los padres la orientación necesaria para proporcionar el mejor apoyo a sus hijos o adolescentes. Algunos pueden necesitar más tiempo para expresar sus sentimientos; otros pueden hacerlo mejor con conversaciones graduales y otras actividades. Aún así, otros pueden sentirse más cómodos con conversaciones directas y al hablar con adultos de confianza.

“Los síntomas depresivos, que incluyen sentimientos de tristeza, pérdida de interés y placer en las actividades, así como la interrupción de funciones reguladoras como el sueño y el apetito, podrían haberse elevado durante la pandemia como resultado del aislamiento social debido al cierre de escuelas y al distanciamiento físico”.

De acuerdo con los resultados de este estudio, **los bebés que nacieron durante 2020 y 2021 tenían una puntuación cognitiva general, de motor y verbales más bajas en comparación con los niños que nacieron entre 2011 y 2019**. Los niños más afectados fueron los varones y los de familias de nivel socioeconómico más bajo.

El equipo de investigación reconoció que desde que comenzó la pandemia existían preocupaciones sobre el desarrollo infantil que probablemente influyeron por factores estresantes que causaron los eventos de 2020, así como adversidades económicas y la falta de ambientes estimulantes.

Dados los cambios en el entorno social, los investigadores intentaron comparar las puntuaciones del desarrollo neurológico en los niños que nacieron antes de 2019 con los que nacieron después de julio de 2020. Utilizaron las Escalas de Mullen de Aprendizaje Temprano que evalúan la función "en los cinco dominios del control motor fino y grueso, la recepción visual, el lenguaje expresivo y receptivo a través de la observación directa y el desempeño".

En total participaron 672 niños en el estudio. Lo que descubrieron fue que **la puntuación promedio del CI de los niños que nacieron entre 2011 y 2019 era entre 98.5 y 107.3. Sin embargo, en los niños que nacieron en 2020 y 2021, tuvieron puntuaciones de 78.9 a 86.3**.

Después de controlar las diferencias en la edad de los niños y la educación materna, descubrieron que había reducciones significativas y consistentes en el CI al comparar a los niños que nacieron entre 2011 y 2019 con los que nacieron en 2021. **Los resultados del estudio sugirieron que la pandemia tuvo un gran efecto en la neurodesarrollo**.

Los datos demostraron que "las puntuaciones cognitivas verbales, no verbales y generales son más bajas desde que comenzó la pandemia". El investigador principal Sean Deoni, Ph.D., es profesor de pediatría en la Universidad de Brown. Él cree que la poca cantidad de estimulación en el hogar y la menor interacción con el mundo exterior causaron las puntuaciones bajas en las pruebas de los bebés.

Desde el comienzo de la implementación de las cuarentenas hubo científicos de prestigio y con larga trayectoria que advirtieron de los profundos daños que estas cuarentenas causarían. Sin embargo, no sólo no fueron escuchados, sino que se buscó desacreditarlos por todos los medios. Mientras tanto, las medidas se prolongaban pese a que los efectos colaterales eran esperables y se hicieron cada vez más evidentes. Entre los más recientes trabajos que analizaron las consecuencias de los confinamientos se encuentra el realizado por Virat Agrawal, Jonathan H. Cantor, Neeraj Sood y Christopher M. Whaley, que fue publicado por el National Bureau of Economic Research de Estados Unidos.

En el estudio se utilizaron los datos de 43 países que aplicaron políticas de confinamiento y de los 50 estados de Estados Unidos. "El uso del exceso de muertes como resultado clave permite captar tanto la potencial reducción de las muertes por Covid-19 como el potencial aumento de las muertes no relacionadas con Covid. Además, utilizar el exceso de muertes, en lugar de las muertes confirmadas por Covid-19, también despeja las preocupaciones sobre la clasificación precisa de las muertes por Covid-19".

"**En ambos casos, no encontramos que las políticas de refugio en el lugar (SIP, por sus siglas en inglés) hayan salvado vidas. Por el contrario, hallamos una asociación positiva entre estas políticas y el exceso de muertes", advierten**. **Los autores del estudio no sólo comprobaron que tras la aplicación de las políticas SIP, el exceso de mortalidad aumenta sino que en la comparación internacional el aumento del exceso de**

mortalidad es estadísticamente significativo en las semanas inmediatas a la aplicación del SIP.

Los resultados de este trabajo estadounidense marcan una tendencia que se repite en otras partes del mundo y que ha quedado reflejada en las estadísticas. En Reino Unido, por ejemplo, un artículo publicado en "The Times" el 23 de agosto da cuenta de que "**las muertes por todas las causas han estado por encima de la media de cinco años durante 12 semanas consecutivas, pero el coronavirus representa una proporción cada vez menor de las muertes a medida que pasan las semanas**".

Según subraya la autora de la publicación, el costo oculto de la pandemia y los daños colaterales del encierro están quedando claros en las estadísticas oficiales: "Las muertes en Escocia llevan meses por encima de la media, a pesar del descenso del Covid-19, ya que cada vez hay más personas que mueren en casa por infartos, accidentes cerebrovasculares y abuso de sustancias".

La pandemia se sumó a la carga de los trastornos depresivos y de ansiedad en más de 200 países el año pasado, según muestra un nuevo estudio, que dice que el impacto de la Covid-19 ha aumentado el número de personas deprimidas en casi un tercio.

Si bien "los trastornos mentales eran las principales causas de la carga mundial relacionada con la salud", incluso antes de la pandemia, las medidas restrictivas que se tomaron han aumentado considerablemente la carga, según un estudio publicado en la revista médica The Lancet.

Para medir el impacto de la pandemia en un área determinada, el equipo analizó las tasas diarias de positivos en SARS-CoV-2, las restricciones a la movilidad humana y las tasas diarias de exceso de mortalidad. Resultó que las ubicaciones más afectadas según los dos primeros criterios correspondían a aquellas con un pico documentado de trastornos depresivos y de ansiedad, y el estudio concluyó que **el aumento de los positivos en Covid y la disminución de la movilidad están "significativamente asociados" con el empeoramiento de la salud mental**.

El estudio también descubrió que la salud mental de las mujeres se vio más afectada por la pandemia que la de los hombres. Las personas más jóvenes se vieron más afectadas que los grupos de mayor edad, ya que sufrieron la falta de interacción con los compañeros después del cierre de las escuelas y la implementación de otras restricciones sociales.

Ya un informe preliminar publicado por el American Institute for Economic Research en noviembre del año pasado enumeraba los costos de los confinamientos y los daños que produjeron los cierres de negocios y escuelas, las restricciones a realizar reuniones, la suspensión de eventos artísticos y deportivos, las restricciones a los servicios médicos y las intervenciones en la libertad de circulación.

El documento incluye un listado de las consecuencias de estas medidas a distintos niveles que vale la pena reproducir para entender la magnitud de los daños:

- *Salud mental*

En Estados Unidos se produjeron más de 81 000 muertes por sobredosis en los 12 meses que terminaron en mayo de 2020, la cifra más alta jamás registrada en un periodo de 12 meses. A finales de junio de 2020, el 40% de los adultos de EE.UU. declararon tener problemas de salud mental o de abuso de sustancias. De los adultos encuestados, el 10.7% tuvo pensamientos suicidas frente al 4.3% de 2018. Los síntomas de ansiedad declarados fueron tres veces más altos que en el segundo trimestre de 2019 y los síntomas de depresión fueron cuatro veces más altos que en el segundo trimestre de 2019. De los individuos de 18 a 24 años, el 25.5% consideró el suicidio. Entre abril y octubre, la porción de consultas de emergencia relacionadas con la salud mental para los niños (5-11) aumentó un 24% y un 31% para los jóvenes de 12-17 años en comparación con 2019. A finales de junio, el 13% de los encuestados afirmó haber iniciado o aumentado el consumo de sustancias para hacer frente a la pandemia. Las muertes por sobredosis relacionadas con los opioides sintéticos aumentaron un 38,4% en el período de 12 meses hasta junio de 2019 en comparación con el período de 12 meses hasta mayo de 2020. Aproximadamente uno de cada tres individuos experimentó síntomas de depresión entre leves y graves durante los confinamientos. Los ingresos y las derivaciones a los servicios de salud mental disminuyeron tras el confinamiento.

- *Hambre y pobreza*

El hambre causada por la pandemia es responsable de la muerte de 10 000 niños. Aproximadamente 20 millones más de niños (67 millones en total) padecerán emaciación (debilitamiento del cuerpo por enflaquecimiento) en los primeros 12 meses de la pandemia. El número de personas desnutridas en el mundo puede aumentar de 690 a 822 millones de personas. La tasa de inseguridad alimentaria de 2018 a mediados de 2020 se ha duplicado con creces (del 14% al 32%) en los hogares con niños. Entre el 9% y el 14% de los padres informan de que sus hijos no tuvieron suficiente para comer porque no pudieron pagar la comida. Solo en marzo de 2020, los bancos de alimentos repartieron un 20% más de comida que en un mes medio. Las interrupciones de los servicios de alimentación escolar inducidas por Covid-19 aumentaron las experiencias de inseguridad alimentaria de los hogares, incrementando la probabilidad de saltarse una comida en 9 puntos porcentuales y la probabilidad de pasar un día entero sin comer en 3 puntos porcentuales. Entre 88 y 115 millones de personas caerían en la pobreza extrema en 2020. El total podría aumentar a 150 millones en 2021. Entre el 25 de marzo y el 10 de abril de 2020, casi un tercio de los adultos (31.0%) informó que sus familias no podían pagar el alquiler, la hipoteca o las facturas de los servicios públicos, estaban en situación de inseguridad alimentaria o se quedaron sin atención médica debido al costo. El 52% de los jóvenes estadounidenses de 18 a 29 años viven con sus padres en julio de 2020 (47% en febrero), una cifra récord de datos disponibles que supera el 48% que vivía con sus padres en 1940 (durante la Gran Depresión). Entre el 25 de marzo y el 10 de abril de 2020, el

41.5% de los adultos no ancianos declararon haber perdido el empleo, haber reducido las horas de trabajo o tener menos ingresos a causa del Covid-19. A partir de marzo de 2020 se produjo un importante descenso del empleo y de los ingresos en los países de renta media y baja. Los hogares experimentaron un descenso de los ingresos de entre el 8 y el 87%.

- *Desempleo*

La tasa de desempleo en Estados Unidos aumentó al 14.7% en abril de 2020. Se trata de la mayor tasa de aumento (10.3%) y el mayor incremento intermensual en la historia de los datos disponibles (desde 1948). Las madres de niños de 12 años o menos perdieron 2.2 millones de puestos de trabajo entre febrero y agosto de 2020 (caída del 12%), mientras que los padres de niños pequeños perdieron 870 000 empleos (caída del 4%). Una de cada cuatro mujeres encuestadas declaró que su pérdida de empleo se debía a la falta de cuidado de los niños.

- *Educación*

Alrededor de 24 millones de niños podrían abandonar la escuela en 2021 como resultado del impacto económico del confinamiento. Se constata una pérdida estimada de 13.8 millones de años de vida según los datos de los estudios estadounidenses debido al cierre de las escuelas primarias de este país. Se perdieron 30 806 puestos de trabajo mediante pasantías (una disminución del 52%) entre el 9 de marzo y el 13 de abril de 2020 en Estados Unidos. Entre el 9 de marzo y el 13 de abril de 2020, las pasantías en el sector de viajes y turismo cayeron un 92%; las de informática, un 76%; las de arquitectura e ingeniería, un 65%; y las de telecomunicaciones, un 65%. Las pasantías de contabilidad y derecho fueron las que menos cayeron: un 22%. La participación en la educación preescolar cayó bruscamente del 71% antes de la pandemia al 54% durante la misma; el descenso fue más pronunciado para los niños pequeños en situación de pobreza.

- *Atención sanitaria*

A 10 semanas del confinamiento, 2.1 millones de personas en el Reino Unido estaban a la espera de un examen de cáncer de mama, cuello de útero o intestino. El diagnóstico de 6 tipos de cáncer (mama, colorrectal, pulmón, páncreas, gástrico y esofágico) ha disminuido un 46.4% para agosto de 2020 en comparación con 2018. El diagnóstico de cáncer de páncreas disminuyó un 24.7% en agosto de 2020 en comparación con 2018. El diagnóstico de cáncer de mama se redujo en Estados Unidos un 51.8% en agosto de 2020 en comparación con 2018. El Registro de Cáncer de los Países Bajos ha visto hasta un 40% de disminución en la incidencia semanal del cáncer. Antes de la Covid, la Universidad Médica de Carolina del Sur pasó de 20 llamadas diarias relacionadas con accidentes cerebrovasculares (o 550 al mes) a unas nueve a mediados de abril de 2020. Las derivaciones por cáncer (presunto) en el Reino Unido disminuyeron un 75% desde que se aplicaron las restricciones de Covid-19 hasta agosto 2020. En Italia, los procedimientos de diagnóstico cardiológico disminuyeron un 56%, las

Intervenciones coronarias por vía percutánea un 48%, las intervenciones estructurales un 81%. Las internaciones para quimioterapia en Reino Unido disminuyeron un 45-66%, mientras que las derivaciones urgentes para el diagnóstico precoz del cáncer disminuyeron un 70-89%. Durante el mes de abril de 2020, las consultas semanales a los servicios de urgencias disminuyeron un 42% respecto de la media del año anterior. Las tasas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer/demencia se duplicaron entre el 21 de marzo y el 11 de abril y entre el 6 de junio y el 25 de julio. Las notificaciones de casos de tuberculosis disminuyeron significativamente en todo el mundo, en un 25-30% en los países afectados (India, Indonesia, Filipinas). 69 estudios encuentran un cambio en el patrón de las pruebas de detección de cáncer, los diagnósticos, las listas de espera y los tratamientos relacionados con las restricciones durante la pandemia, 14 encuentran un aumento en la presentación de cáncer en etapa tardía. Los paros cardíacos asociados a sobredosis aumentaron alrededor de un 40% en Estados Unidos en 2020. Las internaciones para los principales grupos de enfermedades no Covid-19 disminuyeron durante los confinamientos en Estados Unidos en comparación con el período de referencia prepandémico.

- *Delitos*

Durante los primeros seis meses de 2020 los homicidios aumentaron un 14.8%, y los delitos de agresión con agravantes aumentaron un 4.6% en Estados Unidos. Los delitos contra la propiedad disminuyeron un 7.8%; excepto los robos de vehículos, que aumentaron un 6.2%. Los incendios provocados en Estados Unidos aumentaron un 19.2% en los primeros seis meses de 2020 en comparación con el mismo periodo del año anterior; y aumentaron un 52.1% en las ciudades con una población de 1 000 000 o más. Entre junio y agosto de 2020 los homicidios aumentaron un 53% y los asaltos agravados un 14% en comparación con el mismo periodo de 2019. Un informe de la organización Refuge del Reino Unido dedicada al abuso doméstico mostró un aumento del 25% en las llamadas realizadas a la línea de ayuda desde el inicio de los confinamientos.

- *Gastronomía*

Los datos hasta septiembre de 2020 indican que los restaurantes gastaron en Estados Unidos 7400 dólares adicionales en equipos de protección del personal y protocolos de seguridad mejorados (formación, limpieza, plexiglás, etc.) que el 66% de los negocios tardarán 6 meses en recuperar. El sector gastronómico perderá 240 000 millones de dólares en ingresos y 8 millones de empleados en 2020 en Estados Unidos. El 86% de los restaurantes en Estados Unidos redujeron la plantilla en 2020 debido al Covid-19; mientras que se anticipaba que el 40% de los restaurantes cerrarían para marzo de 2021.

En Estados Unidos, los datos sugieren que el Gobierno, al igual que otros muchos, está empeorando la pandemia, no mejorando. Los casos y muertes por Covid-19 se están acercando nuevamente a los niveles máximos aún con los mandatos de mascarillas, los encierros, el distanciamiento social y la distribución de 365 millones de dosis de "vacunas" antiCovid-19. Según USA Facts, el promedio de siete días para los nuevos casos fue de 136 636 y 1000 para las

muertes el 23 de agosto de 2021. En el máximo de Covid-19, el día 9 de enero, antes de que la campaña de "vacunación" masiva entrara en pleno apogeo, pero después de casi un año completo de mandatos de mascarillas y distanciamientos, hubo un promedio de siete días de 249 501 casos y 3340 muertes. El promedio de siete días el 23 de agosto de 2020, para los casos, fue de 40 408 y 962 muertes.

Algunos profesionales médicos están cuestionando si **las acciones del gobierno ponen en peligro la inmunidad de rebaño natural**. La inmunidad colectiva ocurre cuando suficientes personas en una población tienen tal nivel de anticuerpos contra un patógeno de una infección previa que la probabilidad de que alguien se infecte (y transmita) el patógeno se reduce considerablemente. El fenómeno afectaría a personas previamente infectadas, así como a personas que nunca estuvieron expuestas.

Los casos de Covid-19 comenzaron a aumentar en julio, siete meses después de que las "vacunas" contra el Covid-19 se distribuyeran de forma gratuita a millones de estadounidenses bajo autorización de uso de emergencia. Después de que el número de casos y muertes comenzó a aumentar repentinamente, el pánico se instaló. Fauci, la Dra. Rochelle Walensky, directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y el Dr. Vivek Murthy, Cirujano General de los Estados Unidos, celebraron una conferencia de prensa el 18 de agosto para afirmar que las "vacunas" de refuerzo serían necesarias para todos los adultos "vacunados" en los próximos meses. **Fauci reconoció que no hay datos que respalden la idea de que un refuerzo pueda reducir la transmisión**. Las principales preocupaciones de los médicos y científicos es si las "vacunas" están creando variantes resistentes y un fenómeno conocido como mejora dependiente de anticuerpos (ADE), que se produce cuando los anticuerpos no impiden que el virus entre en una célula, sino que aumentan su capacidad, como un caballo de Troya; explicando así el aumento de muertes y de contagios y demostrando que realmente los encierros, el distanciamiento, las mascarillas y la "vacunación", mas que mejorar la situación, claramente, la han empeorado.

Nuestro sistema inmunológico es una red compleja de órganos, tejidos y células que nos ayudan a combatir infecciones y otras enfermedades. Durante los últimos 18 meses, dado que la mayor parte del mundo ha utilizado cubrebocas, permanecido en confinamiento y distanciado entre sí, los niños y los adultos no han estado expuestos a virus y bacterias como lo harían de forma normal.

Cuando los patógenos como virus o bacterias atacan y se multiplican, pueden causar una enfermedad o dolencia que nos enferma. Nuestro sistema inmunológico tiene varias partes, pero las dos principales son: el sistema inmunológico innato, con el que nacemos, y el sistema inmunológico adaptativo, que se desarrolla a medida que estamos expuesto a patógenos. Estos dos sistemas trabajan juntos para proteger nuestra salud.

Al igual que una computadora bien programada, un sistema inmunológico saludable mantiene un registro de cada patógeno al que ha estado expuesto para que pueda reconocerlo rápidamente si se expone de nuevo. El sistema

inmunológico se activa cuando el cuerpo se expone a una proteína que no reconoce, llamada antígeno.

Nuestro sistema inmunológico puede volverse hipersensible a un antígeno y causar una reacción exagerada que puede ser fatal, como un shock analáctico. **A algunos expertos en salud les preocupa que sea posible que los niños hayan experimentado un daño mayor en su sistema inmunológico que los adultos, ya que han pasado la mayor parte de los últimos 18 meses lejos de casi todas las exposiciones**.

Muchos expertos creen que un período corto de tiempo sin contacto con patógenos no debilita la respuesta inmunológica de un adulto a la exposición en el futuro. **Sin embargo, utilizar cubrebocas, el distanciamiento social y los confinamientos han creado un** entorno **en el que se ha impedido que los seres humanos entren en contacto con las estrategias ambientales que apoyan y estimulan su sistema inmunológico reduciendo el riesgo de infectarse**. **Por lo que los investigadores han descubierto, son los bebés y los niños quienes podrían tener la respuesta más evidente al distanciamiento social**. Desde principios de 2020, los médicos y hospitales han notado que existen menos infecciones bacterianas y virales que los niños contraen.

Algunos expertos están llamando a una gran cantidad de infecciones por VRS en bebés una "deuda de inmunidad" que se creó cuando los bebés que nacieron durante 2020 no estuvieron expuestos a otros patógenos. Los hospitales de Nueva Zelanda reportan muchos bebés enfermos con infecciones por VRS y la mayoría con oxígeno.

De acuerdo con The Guardian, Nueva Zelanda reportó una reducción del 99.9% en la gripe y del 98% en el VSR durante 2020. Esto casi eliminó el pico de muertes que ocurre durante los meses de invierno por gripe y el VSR. A corto plazo, es posible que haya evitado una saturación del sistema de atención médica mientras otras personas recibían cuidados por el Covid-19. Sin embargo, **a largo plazo, es posible que haya creado un problema adicional en bebés y niños**. **Cuando su sistema inmunológico no se enfrenta a situaciones complicadas a una edad temprana, puede provocar brotes más grandes, lo que agrava el sistema de atención médica. A principios de julio de 2021, Nueva Zelanda notició casi 1000 casos de VSR durante cinco semanas. La cantidad habitual reportada es 1743 durante 29 semanas.** En Canadá, el epidemiólogo Michael Baker, con sede en Wellington, advierte que su país también podría ver una tendencia similar en los casos de VSR en el próximo año, y cree que los bebés prematuros tienen un mayor riesgo.

Los expertos en salud descubrieron que obligar **a los niños a utilizar un cubrebocas durante largos períodos de tiempo mientras están en la escuela y participan en actividades, ha hecho más daño que bien, en especial si se considera que los niños tienen un riesgo menor de contagiarse de Covid-19** (como demostraré más adelante en este informe).

Aunque es posible que los efectos a largo plazo del distanciamiento social, el uso del cubrebocas y los confinamientos no se aprecien por completo durante años, se sabe que los efectos psicológicos del aislamiento social, incluyendo la soledad y el estrés, pueden afectar a nuestra respuesta inmunológica inmediata. Cuando nos sentimos solos, nuestro sistema inmunológico, está reprimido. Los estudios han descubierto que las personas que se sienten conectadas de forma social tienen una probabilidad 50% menor de morir durante el estudio y las personas con vínculos sociales también son menos susceptibles a contraer el resfriado común. **2020 creó diferentes tipos de factores estresantes que podrían haber tenido un efecto dañino en el sistema inmunológico. El cortisol estimula la producción de azúcar y la epinefrina y la norepinefrina, suben la presión arterial**.

Una carta firmada por más de 130 profesionales médicos del Reino Unido acusó al primer ministro británico, Boris Johnson, y a otros funcionarios del gobierno de causar "daños masivos, permanentes e innecesarios" al país. Describe 10 formas en las que los autores argumentaron que las políticas del gobierno del Reino Unido no solo no protegieron a los ciudadanos, sino que en muchos casos causaron más e innecesarias dañar. Acusan a los funcionarios del gobierno de no medir los daños de las políticas de encierro, de exagerar la amenaza del virus y de realizar pruebas masivas inadecuadas a los niños: "**Pruebas repetidas en niños para encontrar casos asintomáticos que es poco probable que propaguen el virus, y tratarlos como una especie de peligro biológico es dañino, no tiene ningún propósito de salud pública y debe detenerse**".

La carta también llamó la atención a los funcionarios por suprimir activamente la discusión sobre el tratamiento temprano utilizando protocolos que se implementan con éxito en otros lugares, y dijo que la vacunación de toda la población adulta nunca debería haber sido un requisito previo para poner fin a las restricciones. Los autores concluyeron:

"El enfoque del Reino Unido hacia la Covid ha fracasado palpablemente. En el aparente deseo de proteger a un grupo vulnerable, los ancianos, las políticas implementadas han causado un daño colateral generalizado y un daño desproporcionado a muchos otros grupos vulnerables, especialmente a los niños".

No debemos de perder de vista los datos de mortalidad de un país como Bielorrusia (94), que se ha hecho famoso por su negativa a imponer restricciones, mascarillas, distancia social, confinamiento o el uso de hidrogel. El 25 de diciembre del año pasado, Lukashenko, declaró que no iban a vacunar a nadie contra el coronavirus. "La mortalidad por todas las causas es comparable a la de anteriores olas fuertes de gripe estacional", dice el Swiss Policy Research. Oficialmente, 1424 personas murieron por el coronavirus en 2020 y 2247 a finales de marzo de 2021. Son cifras absolutas muy bajas, mucho más de lo que pronosticaban los modelos epidemiológicos para el caso de no imponer el confinamiento ni medidas de restricción. "La tasa de mortalidad del país es una de las más bajas de Europa", reconocía en septiembre del año pasado el British Medical Journal. Junto a lugares como Dakota del Sur, Florida, Suecia y Tanzania,

Bielorrusia es otro un ejemplo que evidencia que las restricciones no sirven para nada y, en consecuencia, de que las previsiones que se llevaron a cabo al comienzo de la pandemia, como las del Imperial College de Londres, eran falsas. En términos de mortalidad, los resultados son los mismos, tanto si los gobiernos imponen restricciones, como si no (95). Hay países como Austria en los que se ha constatado que la aparición del supuesto SARS-CoV-2 (incluso en los primeros momentos), no ha supuesto ningún cambio en la curva de víctimas de coronavirus con respecto a otros años y los índices de mortalidad también son los habituales, tanto en hombres como en mujeres y en los diferentes grupos de edad (96). Una prueba más de que los supuestos "expertos sanitarios" se equivocan, es que en el Reino Unido después de que se levantaron las restricciones, los casos Covid, más que aumentar, han descendido hasta en un 40%.

Durante la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la mayoría de los gobiernos nacionales de todo el mundo han abrazado la idea de los cierres. Mientras tanto, Suecia ha sido criticada por no hacer cumplir los mandatos de bloqueo.

Es cierto que hay otros países europeos con menos muertes proporcionalmente. Por ejemplo, Dinamarca, Finlandia y Noruega tienen un número notablemente bajo de muertes por coronavirus en comparación con el resto de Europa.

Sin embargo, esto no explica por qué el enfoque de Suecia a las medidas de coronavirus fue mejor en comparación con otros estados miembros de la UE, como Francia, Italia, los Países Bajos, España y otros.

Se estima que el exceso de mortalidad en Suecia es de 785 por millón de personas. Se estima en 988 por millón en Francia y 1917 por millón en España. En el Reino Unido, se estima en 1657 por millón.

Suecia tiene un 7.7% más de muertes en 2020 que su promedio de los cuatro años anteriores. Los países que han aplicado varios períodos de estrictos bloqueos, como Bélgica y España, han tenido un exceso de mortalidad del 16.2% y el 18.1%, respectivamente. En general, 21 de los 30 países con estadísticas disponibles tienen un exceso de mortalidad más alto en comparación con Suecia.

Otra forma de comparar Suecia con el resto de Europa es examinar el exceso de mortalidad en 2020 y 2021 en comparación con las "muertes mensuales promedio" de 2016 a 2019. Desde febrero de 2020, el total de muertes que se han medido como un porcentaje del promedio de 2016-2019 son más bajos en Suecia en comparación con la "UE 27" en 14 de los 18 meses.

Mientras que Dinamarca, Noruega y Finlandia se comparan favorablemente con Suecia, muchos otros países europeos no pueden decir lo mismo.

En comparación con Francia, el exceso de muertes mensuales de Suecia es menor en 13 de los 18 meses de ese período. Las comparaciones son similares con

Italia, los Países Bajos y España. De las naciones más grandes de Europa, solo Alemania obtiene mejores resultados que Suecia.

Si elige Finlandia, Dinamarca y Noruega para comparar Suecia, no hay duda de que los resultados mostrarán a Suecia como un valor atípico. Pero en comparación con la mayoría de los países de Europa, junto con el Reino Unido, a Suecia le va mejor. E incluso si Suecia lo hiciera de manera similar en comparación con otros países europeos, esto aún contradeciría las predicciones negativas de los tecnócratas de la salud pública.

A Suecia le ha ido mucho mejor que las predicciones de un desastre total y absoluto por parte de los principales medios de comunicación y los llamados expertos en salud.

A pesar de la intromisión de los principales medios de comunicación, al menos el 43% de los suecos tiene una confianza alta o muy alta en cómo el país está manejando la pandemia. Según una encuesta, solo el 30% tiene una confianza baja o muy baja.

El gobierno y la autoridad sanitaria de Suecia han reconocido que podrían haber hecho más para proteger a los ancianos de Suecia. Pero hicieron lo que pudieron para reprimir la pandemia y al mismo tiempo garantizar que los ciudadanos no se quedaran atrapados en casa y no pudieran trabajar debido a medidas opresivas como los encierros.

Florida ahora está mejorando a todos los estados de los Estados Unidos contiguos en términos de nuevos casos de Covid-19 per cápita. Y lo hicieron todo sin un sistema Vax Pass, cierres comerciales generalizados, mandatos de enmascaramiento y / o bloqueos draconianos.

Los datos que demuestran la superioridad de Florida, significan que todos los demás estados de la nación deben seguir de inmediato el ejemplo de Florida y eliminar todas las restricciones supuestamente implementadas para "detener la propagación". Todos los pases de Vax deben desecharse. Todos los mandatos deben extinguirse inmediatamente en nombre de La Ciencia.

Florida está actualmente "deteniendo la propagación" mejor que el resto de la nación. No más máscaras, no más cierres, no más encierros y no más restricciones de ningún tipo.

Un ejemplo de la sinrazón: el Presidente francés, señor Macron, ha tratado de justificar las medidas que ha tomado, en base a un modelo, proporcionado por el Instituto Pasteur (97). Vamos a analizar dicho modelo:

- En primer lugar, el estudio, es una preimpresión publicada en la plataforma HAL el 28 de junio de 2021. Por lo tanto, en esta etapa, es un documento de trabajo, que no ha sido publicado en una revista revisada por pares. Por tanto, queda por confirmar su valor científico.

- De los 8 autores de este artículo, 4, forman parte del consejo científico de Covid (Yazdan Yazdanpanah, Arnaud Fontanet, Daniel Benamouzig, Simon Cauchemez), que representa casi ¼ de los miembros del consejo científico que incluye 17 miembros.
- Este trabajo es un modelado numérico, basado en un modelo matemático, por lo que no ha sido objeto de experimentos específicos.
- Se basa en muchas suposiciones y en más de 100 parámetros arbitrarios: las ecuaciones matemáticas están incompletas y no permiten que un investigador independiente reproduzca el modelo. Los datos de entrada de esta modelización son inconsistentes con los resultados obtenidos. De hecho, el modelo se basa en particular en un estudio observacional sobre 970 128 contactos dentro de los hogares, durante un período de 24 días, que muestra una transmisión entre un 40% y un 50% menor para las personas "vacunadas" durante más de 21 días. Así, en la modelización del Institut Pasteur, se programa un factor de 2 para la transmisión del virus por "vacunados" frente a no "vacunados". El resultado obtenido es entonces inconsistente con este valor de referencia ya que el cálculo da un contagio dividido por 12 para los "vacunados" en comparación con los no "vacunados", ¿cómo puede encontrar un aumento de un factor de 6 entre los datos ingresados y los datos obtenidos al final del modelo?
- El artículo se basa en otros supuestos a los que se les da un peso significativo en el modelo matemático: la eficacia de la vacuna al 95% (valor basado en la variante original que aún no se ha confirmado con las variantes que circulan actualmente en Francia (Alfa 44% y Delta 28% el 12 de julio); una eficiencia del 80% de infectividad (datos obtenidos con la variante Alfa); 90% de efectividad frente a la hospitalización (hipótesis resultante del propio modelado y que no ha sido validada en la vida real).

El modelo simula diferentes tasas de cobertura de "vacunación" o diferentes estrategias de frenado (confinamiento de toda la población o solo de los no "vacunados") y sirve como guía para las medidas gubernamentales, que en parte se establecen en el preimpreso.

Es importante comprender que un modelo solo puede simular los elementos incluidos en el modelo matemático. Así, para hacer el paralelismo con el comportamiento de los materiales, se podría modelar una varilla de acero seleccionando solo una parte de su comportamiento real (un comportamiento elástico por ejemplo sin incluir su deformación permanente o su rotura). Entonces, el modelo concluiría que esta varilla de acero puede estirarse hasta el infinito sin romperse, lo cual es totalmente incorrecto. Este paralelismo, permite mostrar la fragilidad de un modelo que supuestamente representa la evolución de una nueva epidemia multifactorial y extremadamente compleja, seleccionando sólo unos pocos parámetros que desconocemos si están adaptados a las variantes actuales que circulan en Francia.

A partir de sus modelos, el servicio británico de salud volvió a la carga con algo insólito: las “vacunas” han evitado 23.4 millones de infecciones en Inglaterra. La sanidad cada vez habla menos de lo que ha pasado y más sobre lo que podría haber pasado. Se llama ciencia-ficción.

El 12 de marzo de 2020, el Primer Ministro hizo una declaración en la que aconsejaba que “si tiene síntomas de coronavirus, por leves que sean (tos continua o fiebre alta) debe quedarse en casa durante al menos 7 días para proteger a los demás y ayudar a frenar la propagación de la enfermedad”. Por desgracia, cinco días más tarde, Neil Ferguson presentó sus alarmantes predicciones, calculadas a partir de modelos matemáticos, de que el Reino Unido iba a perder 250 000 personas si no se tomaban medidas estrictas.

Los datos de Ferguson se encontraban dentro del documento titulado “Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid-19 mortality and healthcare demand” (Impacto de las intervenciones no farmacéuticas para reducir la mortalidad y la demanda de atención sanitaria de la Covid-19), que continuaba con un contenido que incitaba al miedo, ya que Ferguson argumentaba que la mayoría de los países a nivel mundial se enfrentaban al mismo reto hoy en día con la Covid-19, “un virus con una letalidad comparable a la del H1N1 de 1918”. Lo que podría ser otra herramienta para promover el pánico, ya que se estima que la conocida como “gripe española” infectó a 500 millones de personas, responsables de la muerte de 50 millones de personas en todo el mundo. Otros estudios afirman que la repetición de la pandemia de 1918 sería improbable gracias a los 100 años de avances en la comprensión científica de las enfermedades infecciosas, los antibióticos, el menor hacinamiento, la mejora de las condiciones sanitarias, etc.

Aunque Ferguson estaba de acuerdo, seguía manteniendo que la Covid-19 era el “virus respiratorio más grave desde la pandemia de gripe H1N1 de 1918” y aconsejaba una combinación de intervenciones no farmacéuticas (NPI). Éstas incluían el aislamiento de los casos, el distanciamiento social de toda la población y la cuarentena de los hogares o el cierre de las escuelas y universidades, y se mantendrían durante “todo el tiempo que el virus esté circulando entre la población o hasta que se disponga de una vacuna”, lo que, según él, sería de al menos 12 a 18 meses. El primer ministro Boris Johnson y sus asesores se convencieron y las medidas de cierre entraron legalmente en vigor el 25 de marzo de 2020. El motivo por el que el gobierno aceptó el consejo de Ferguson es discutible, ya que su historial de predicciones matemáticas modeladas en relación con los virus era bien conocido por su inexactitud a lo largo de los años: 2001 Pie y Boca, 2002 Enfermedad de las Vacas Locas, 2005 Gripe Aviar, 2009 Gripe Porcina.

Increíblemente, a Ferguson y a su equipo del Imperial College se les siguió encargando la modelización de la pandemia de coronavirus. En lugar de las 250 000 muertes y posiblemente hasta 500 000 que se predijeron, el análisis, realizado por la Universidad de Sheffield, la Universidad de Loughborough y los economistas de Economic Insight, sugirió que el número de muertes no causadas por el coronavirus empequeñecía las cifras que sí lo fueron.

Incluso en las primeras ocho semanas de cierre se estimó que hubo 21 544 muertes adicionales, lo que supone una media de 2693 muertes a la semana por otras causas. Argumentaron que el bloqueo no puede salvar de forma plausible la vida de los jóvenes, ya que sus posibilidades de morir por Covid son muy bajas, pero sí podría aumentar las muertes por otras causas. **Los datos de la ONS sobre las muertes por otras causas muestran grandes y repentinos aumentos que sólo comienzan a partir del inicio del encierro**. Se dijo que la política intensiva de Ferguson se había puesto en marcha para reducir la saturación de las camas de cuidados críticos. Desgraciadamente, esto **alteró la percepción de la gente sobre el riesgo de Covid haciéndoles sentir un miedo desproporcionado, lo que les llevó a creer que la Covid era un riesgo mayor de lo que era y en relación con otras condiciones**.

El profesor de la Universidad de Stanford John Ioannidis criticó las predicciones del modelo matemático del asesor del gobierno británico Neil Ferguson y las ha considerado "sustancialmente defectuosas". **Estas predicciones constituyeron los datos responsables de las medidas tomadas frente a la crisis del Covid tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos**.

Es importante destacar que Ferguson es el director en funciones del Consorcio de Modelización del Impacto de las Vacunas (VIMC), que tiene su sede en el Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas del Imperial College. El VIMC también está financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates y por "GAVI, la alianza de las vacunas". Entre los socios de GAVI se encuentran la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, el Banco Mundial y el Programa de Vacunas Infantiles de Bill y Melinda Gates.

Cabe destacar que Bill y Melinda Gates comenzaron a financiar el Imperial College en 2006, cuatro años antes de que la Fundación Gates lanzara la Colaboración para la Década de las Vacunas de los Líderes de la Salud Mundial (GHLLDVC) y un año después de que Ferguson demostrara su parcialidad por las proyecciones exageradas sobre las cifras de mortalidad del H5N1. Hasta finales de 2018, la Fundación Gates ha patrocinado al Imperial College con la friolera de 185 millones de dólares, lo que convirtió a Gates en su segundo mayor patrocinador.

El mayor patrocinador real es el Wellcome Trust, que es una organización benéfica de investigación británica, que comenzó a financiar el Imperial College antes del episodio de la fiebre aftosa de Ferguson y, a finales de 2018, los había financiado con más de 400 millones de dólares. El Wellcome Trust también en 2018 pasó a lanzar su propio equivalente global de la agencia de investigación secreta del Pentágono para combatir los "desafíos de salud más apremiantes de nuestro tiempo." Con 300 millones de dólares de financiación inicial, la iniciativa "Wellcome Leap" iba a atraer a dos antiguos directores de DARPA. Ambos sirvieron anteriormente en las altas esferas de Silicon Valley y su objetivo era "lograr soluciones científicas y tecnológicas revolucionarias" para 2030 o antes, centrándose en los "complejos desafíos sanitarios mundiales."

El Wellcome Trust es transparente sobre cómo Wellcome Leap pretende aplicar los enfoques de Silicon Valley y las empresas de capital riesgo al sector de la

salud y las ciencias de la vida "Wellcome Leap parece ver la "pandemia" como una "ventana de oportunidad", al igual que Klaus Schwab del Foro Económico Mundial. El director general de "Sputnik" de esta generación, Dugan, dijo: "Nos pide que respondamos urgentemente ahora y también que creemos nuevas capacidades para el futuro" Utilizando la "pandemia" como motivación, tienen programas que desarrollan tecnologías médicas invasivas centradas en la tecnología, y también en algunos casos abiertamente transhumanistas, incluyendo un programa centrado exclusivamente en el uso de inteligencia artificial (IA), sensores móviles y tecnología de mapeo cerebral vestible para niños de tres años o menos. Todas las herramientas para una transición suave hacia la cuarta revolución industrial, parece.

Wellcome Trust también se ha unido al brazo de capital riesgo de Google, Google Ventures, para ayudar a Oxford Science Innovations a buscar 600 millones de libras de "inversores externos". Con lo que ambos obtienen enormes beneficios con la "vacuna" Oxford-AstraZeneca. Empieza a tener más sentido por qué la plataforma de vídeo de Google, YouTube, ha prohibido el contenido negativo hacia las "vacunas" Covid-19. Otros inversores principales tienen un gran interés en mantener la negatividad censurada debido a los enormes beneficios que quieren obtener. Junto a google hay ex altos ejecutivos del Deutsche Bank, el gobierno del Reino Unido.

Los dos desarrolladores de la "vacuna", Adrian Hill y Sarah Gilbert, también están dispuestos a hacer una fortuna con la "vacuna", ya que mantienen una participación estimada del 10% en la empresa. Hill, el principal desarrollador de la "vacuna" Oxford-AstraZeneca, sigue dirigiendo un grupo de investigación en Wellcome y también colabora con el Wellcome Trust, concretamente en iniciativas relacionadas con las vacunas. y tienen vínculos con la rebautizada Sociedad Británica de Eugenesia de Francis Galton. Las conexiones siguen y siguen, como un árbol genealógico, y cada rama puede traer conexiones que pueden sorprendernos.

Si volvemos al principio y elegimos otra rama para seguir, encontramos conexiones más que interesantes: un proyecto, ID2020, iniciado por la Fundación Rockefeller, Bill Gates y Microsoft, empresas farmacéuticas transnacionales y empresas tecnológicas. está afirmando la idea de que todos los seres humanos del planeta necesitan una verificación biométrica. Aspiran a un formato de recopilación y recuperación de datos totalmente estandarizado, que permita compartir las identidades de la población mundial, y a un centro de mando impulsado por la IA que funcione sin problemas, calculando la contribución y la amenaza potencial de cada uno para el sistema.

Se podría argumentar que sin las predicciones exageradas del profesor Neil Ferguson a partir de sus modelos matemáticos, las empresas para ganar dinero con las "vacunas" y la vigilancia digital de los actores mencionados anteriormente, no podrían haber comenzado en absoluto. Y lo que es más importante, tampoco se habría producido gran parte del sufrimiento, muchas de las muertes, los abusos, los problemas de salud mental, el aislamiento, la pobreza, las personas que mueren solas.

Mascarillas

Se sabe desde hace décadas que las mascarillas faciales no funcionan contra las epidemias de virus respiratorios. Entonces, ¿por qué gran parte del mundo, sin embargo, ha caído en la locura de la mascarilla?

Las autoridades sanitarias a nivel mundial, se han basado en el modelo de las "gotitas" y dicho modelo, no funciona, está obsoleto. Las gotitas respiratorias, que por definición no se pueden inhalar, casi no juegan ningún papel en la transmisión del virus. En cambio, los virus respiratorios se transmiten a través de aerosoles mucho más pequeños, para los cuales, la mascarilla es inútil. Esas mismas autoridades, se fijaron para aplicar su "modelo", en países asiáticos que al principio de todo presentaban baja tasa de infección y supusieron que se debía al uso de las mascarillas; suposición incorrecta porque se olvidaron de los controles fronterizos rápidos que realizaron y de la existencia de factores metabólicos e inmunológicos que podrían haber ayudado a reducir la tasa de contagios. También se fijaron en lo que hacía la República Checa, que fue el primer país no asiático, en introducir las mascarillas allá por la primavera de 2020; debido a que la tasa de infección checa inicialmente se mantuvo baja, muchos 'expertos en salud' concluyeron falsamente que esto se debía a las mascarillas. En realidad, la mayor parte de Europa del Este simplemente se perdió la primera ola de la epidemia.

Desde el punto de vista científico, durante años los estudios nos han demostrado que las mascarillas no funcionan para virus de naturaleza respiratoria, no obstante, por arte de magia, al principio de la pandemia, empezaron a aparecer algunos que decían lo contrario publicando artículos sin base científica. Como se ha demostrado, estaban equivocados, no obstante, curiosamente, son lo que esas autoridades corrieron a utilizar para justificar lo injustificable. En realidad, estos estudios fueron una mezcla de datos de observación confusos, modelos poco realistas y resultados de laboratorio "cocinados" estadísticamente.

Otro factor que contribuyó a la implementación de los mandatos de mascarillas fue la noción de "transmisión asintomática", no obstante, como se ha demostrado en el presente apartado, aunque sigue siendo un tema de amplio debate, la ciencia, ha demostrado en multitud de investigaciones que ese tipo de transmisión, si se produce, es despreciable y siempre muy inferior a la de personas sintomáticas.

Otro factor crucial para que nos impusieran las mascarillas, es lo que podemos llamar el "círculo vicioso" entre la ciencia y la política: los políticos decían "seguir la ciencia", pero los científicos seguían la política, obviando por completo el presupuesto rigor científico, simplemente, para que los políticos estuvieran contentos y dieran la ansiada imagen al mundo de que estaban trabajando por nuestro supuesto bien.

Obviamente, no podemos olvidarnos de los medios de "comunicación", alias medios de "desinformación". Han tenido un papel clave en todo esto, de igual forma que hemos hablado de "círculo vicioso" ciencia-política, también podemos

hablar de “círculo vicioso" periodismo-política. La gran mayoría de los "medios de comunicación" amplificaron la ciencia fraudulenta y la presión política que impulsa los mandatos de la mascarilla. Solo algunos medios de comunicación independientes y algunos expertos verdaderamente independientes, cuestionaron la validez de la evidencia subyacente. Sin embargo, sus voces fueron reprimidas debido a que las dudosas organizaciones de "verificación de hechos" aplicaron con entusiasmo las pautas oficiales y restringieron o censuraron muchos artículos y vídeos que criticaban las mascarillas.

Llegamos al punto culminante, el aspecto sociológico (que explica no sólo el tema de la mascarilla, también todo lo demás relacionado con la supuesta pandemia), la falta de capacidad propia de pensamiento de la mayoría de los ciudadanos que les impide, probablemente por disonancia cognitiva (el psicólogo social Leon Festinger sugirió que los individuos tienen una fuerte necesidad de que sus creencias, actitudes y su conducta sean coherentes entre sí, evitando contradicciones entre estos elementos. Cuando existe inconsistencia entre éstas, el conflicto conduce a la falta de armonía de las ideas mantenidas por la persona, algo que en muchas ocasiones genera malestar), cuestionar el discurso oficial y los “círculos viciosos" inherentes a él; impulsados y espoleados por esos que llamamos “médicos” o “sanitarios" y que en su mayoría faltan al juramento que han hecho de velar por el bienestar de los pacientes, simplemente, para salvar su estatus de vida o, quizá, porque sufren también de disonancia cognitiva. Después de que los mandatos de mascarillas se implementaron a nivel mundial y se gastaron cientos de miles de millones de euros en ellas, pronto se hizo evidente, una vez más, que las máscarillas simplemente no funcionan contra las epidemias de virus respiratorios. Pero en ese momento, ni los políticos, ni los 'expertos en salud', ni los ciudadanos engañados que tuvieron que usarlas durante meses quisieron admitirlo.

En la práctica, la parte filtrante de las mascarillas suele estar compuesta de fibras de polipropileno con un diámetro de unos 5 micrómetros, las cuales dejan poros de entre 10 y 20 micrómetros, mucho mayores que el tamaño típico de virus y bacterias. La eficacia del filtrado depende por tanto del espesor del filtro: cuanto más grueso sea, mayor será el número de eventos de captura.

Existen diferentes tipos de dispositivos:

Los principales tipos de mascarillas usados por la población son cuatro: de tela, higiénicas, quirúrgicas y de alta protección o FFP2 (en algunos lugares N95, con una eficacia equivalente)/ FFP3.

Las mascarillas de tela pueden tener una amplia variedad de propiedades, dependiendo de las características de los materiales usados en su confección, pero en muchos casos no están homologadas en cuanto a su nivel de filtración.

En el caso de las mascarillas higiénicas, su eficacia es limitada y no se recomienda su uso para prevenir la trasmisión del virus.

Las mascarillas quirúrgicas, tienen unas características que por su facilidad de uso y nivel de contención se han convertido en las mascarillas más populares. Su estructura contiene en la mayor parte de los casos tres capas en las que la exterior tiene propiedades hidrofóbicas y la interior, que está en contacto con nuestra piel, boca y nariz la capacidad de absorber la humedad. Están diseñadas para evitar la diseminación de microorganismos solamente de adentro a afuera y se clasifican, según la capacidad de filtración bacteriana, en tipo I y II siendo del 95% y 98% respectivamente.

Estas mascarillas pueden llegar a tener tamaños de poro entre 2 y 10 µm y pueden llegar a contener en torno a un 80 % de las partículas que pueden permanecer en el aire. Además de su tamaño de poro, la carga eléctrica del material contribuye a atraer las partículas con microorganismos presentes en el aire.

Los respiradores FFP2 y FFP3 homologados, supuestamente, tienen capacidad de filtrar más del 92% de las partículas que están en el aire. Además de las propiedades mencionadas para las quirúrgicas, contienen al menos seis capas de aislamiento y tienen un tamaño de poro de la trama menor de 0.5 µm.

Las mascarillas filtrantes, supuestamente, protegen de las partículas tanto de adentro hacia afuera, como viceversa. En Europa se clasifican según la eficacia de filtración mínima de partículas aéreas con tamaño de hasta 0.3 µm, en las categorías FFP1, FFP2 y FFP3, dicha eficacia es del 78%, 92% y 98%, respectivamente. Destacar que en Estados Unidos y otros países, la clasificación es N95, N99 y N100 con capacidades de filtración del 95%, 99% y 100%.

Una eficiencia de filtración del 70% a 3 µm corresponde a:

- 10% de filtración de las partículas de 300 nm = 0.3 µm

- 20% de filtración de las partículas de la fracción respirable (0 a 4 µm).

Una eficiencia filtración del 90% a 3 µm corresponde a:

- 40% de filtración de las partículas de 300 nm = 0.3 µm

- 18-55% de filtración de las partículas de la fracción respirable (0 a 4 µm).

Según dicen, las mascarillas están preparadas para filtrar partículas que tengan un tamaño entre 0.3 y 0.6 µm, es decir, casi todas las partículas que estén entre esos tamaños serán filtradas, entre el 95-98% de ellas. Tienen una red de polipropileno (material plástico derivado del petróleo), fibras de rayón (celulosa proveniente de la madera o de algodón) en una base de resina de acrílico (polímeros a base de polimetracrilato de metilo, plástico derivado de la celulosa, carbón o petróleo), como vemos una composición nada ecológica, muy contaminante.

No solo se debe de analizar la capacidad de filtración frontal (a través del medio filtrante), es tanto o más importante estudiar las filtraciones laterales (a través del sellado facial) (y los diferentes factores que influyen en ambas), ya que en esos casos el agente infeccioso no encontraría ninguna barrera. Como se demuestra, pueden llegar a ser importantes:

Las pruebas estandarizadas suelen realizarse midiendo qué porcentaje de partículas de 0.06 micrómetros (el tamaño típico de un virus) pasan a través de una mascarilla cuando el flujo se fija en 85 litros por minuto, característico de una respiración muy precipitada. Con las mascarillas quirúrgicas, las tasas varían ampliamente: del 4 al 90%, debido sobre todo al paso del aire por los bordes de la mascarilla. Otro tipo de dispositivo es el respirador protector. Estos reciben el nombre genérico de FFP, por las siglas en inglés de "pieza facial filtrante" (filtering facepiece), al que acompaña un número que indica el grado de filtrado. Estos respiradores sí están diseñados para filtrar el aire y reducir el número de partículas y gérmenes que inhala el portador. El nivel de protección ofrecido por las mascarillas se establece considerando el porcentaje de partículas ambientales que penetran dentro del dispositivo de protección. Existen dos vías de penetración: (1) la infiltración a través del sellado facial de la mascarilla y (2) a través del medio filtrante.

El objetivo principal de este estudio fue diferenciar el aporte proveniente de cada una de estas dos vías para partículas cuyo tamaño oscila entre 0.03-1 μm en condiciones de respiración reales. Así, mientras se realizaban pruebas de ajuste convencionales, se evaluaron una mascarilla respiratoria autofiltrante N95 y una mascarilla quirúrgica usada comúnmente en entornos de atención médica. Se compararon los datos de penetración obtenidos en las evaluaciones realizadas con sujetos humanos y con maniquíes para determinar los diferentes tamaños de partículas, así como los patrones de respiración. El número de partículas que penetra mediante infiltración del sellado facial de la mascarilla autofiltrante/mascarilla quirúrgica probadas excedió ampliamente el número de aquellas que lo hacen a través del filtro. Para la mascarilla autofiltrante N95, el exceso fue (en promedio) de un orden de magnitud y se incrementó notablemente al aumentar el tamaño de las partículas ($p < 0.001$): aproximadamente 7 veces mayor para 0.04 μm, aproximadamente 10 veces para 0.1 μm y aproximadamente 20 veces para 1 μm. En el caso de la mascarilla quirúrgica, la tasa de infiltración a través del sellado facial de la misma con respecto al filtro osciló entre 4.8 y 5.8 y no se vio significativamente afectada por el tamaño de las partículas para la fracción del submicrómetro evaluado. El movimiento facial/corporal tuvo un efecto pronunciado en el aporte relativo de las dos vías de penetración. La intensidad de la respiración y las dimensiones faciales mostraron alguna influencia (aunque limitada).

Un hueco del 2% del área de la mascarilla deja pasar el 50% del aire sin filtrar. Las fugas aumentarán cuando más rápidamente respiremos, por ejemplo, cuando hacemos ejercicio (más respiraciones/minuto). Si la mascarilla tiene fugas por el diseño o porque la llevamos mal colocada, será mala, aunque el material sea bueno. Recientemente se ha observado que las mascarillas con pequeñas fugas (que en conjunto representan del 0.5 % al 2 % del área total de la mascarilla)

tienen una reducción de la eficacia total de filtración de la mitad a dos tercios del valor obtenido con la misma mascarilla, pero sin fugas.

El tamaño nanométrico de los agentes víricos suele estar entre 20 y 100 nm (entre 0.02 y 0.1 µm), concretamente el SARS-CoV-2 mide de 50 a 140 nm, es decir, de 0.05 a 0.14 µm / 0.05 a 0.2 µm. Si lo comparamos con los diferentes tamaños de poros que presentan las distintas mascarillas que actualmente están disponibles, observamos que el supuesto virus, es más pequeño que el menor de todos eso diámetros de poros, con lo cual, es lógico suponer que el virus no encontrará mucho obstáculo para atravesar el medio filtrante. Los defensores del discurso oficial comentan que esa circunstancia no es importante puesto que, según dicen:

El comportamiento de las partículas con un tamaño menor a 0.3 µm puede describirse a través del movimiento browniano, lo que las hace más fáciles de filtrar. El movimiento browniano se refiere a un fenómeno en el cual la masa de la partícula es lo suficientemente pequeña como para no tener impedimentos cuando viaja por el aire. Por lo tanto, interactúa con las moléculas en el aire (nitrógeno, oxígeno, etc.), causando que choquen entre ellas y haciendo que se mueva con un patrón errático.

El motivo del enfoque en partículas de 0.3 µm es porque es el "tamaño de partícula más penetrante" (MPPS por sus siglas en inglés). Las partículas con un tamaño mayor se mueven de una manera que podríamos predecir, y quedarán atrapadas en un filtro con espacios más pequeños que el tamaño de partícula.

Según los investigadores, el punto entre el movimiento "normal" y el movimiento browniano es el tamaño de partícula más difícil de capturar para los filtros.

Lo que podríamos concluir de esto es que la alta eficiencia del filtro ante partículas de 0.3 µm o un tamaño mayor, se traducirá, en general, en una alta eficiencia del filtro con partículas de menor tamaño también.

Si esto es correcto, al igual que con cualquiera otra hipótesis, debe de existir concordancia con los resultados obtenidos a nivel experimental. Luego los vamos a comprobar estudiando diferentes publicaciones científicas desde ese punto de vista y analizando las repercusiones para la salud del uso de las mascarillas. La física y la biología de dichas publicaciones demostrarán la falta de eficiencia de estos métodos. **Sería una paradoja que las mascarillas y los respiradores funcionaran, dado lo que sabemos sobre las enfermedades** respiratorias **virales: la principal vía de transmisión son las partículas de aerosol de tiempo de residencia prolongado (<2.5 µm), que son demasiado pequeñas para ser bloqueadas, y la mínima dosis infecciosa es menor que una partícula de aerosol**.

En lo que se refiere a los efectos fisiológicos de llevarla puesta; se produce una restricción mecánica de la respiración por aumento de la resistencia en el movimiento del aire, tanto en la exhalación como en la inhalación. En condiciones normales a nivel del mar, el aire contiene 20.93% de oxígeno y 0,03% de dióxido

de carbono, proporcionando presiones parciales de 100 mmHg y 40 mmHg de estos gases en sangre, respectivamente; proporción, que se ve claramente alterada al respirar con una mascarilla. El aire capturado entre la mascarilla y nuestra cara, es reinhalado repetidas veces, conteniendo bajas concentraciones de los dos gases antes mencionados, pudiendo producir **hipoxemia** (reducción del valor en sangre arterial de la presión parcial de O_2 inferior a 60 mmHg) e **hipercapnia** (aumento de la presión parcial arterial de CO_2 igual o mayor a 50 mmHg). La hipoxemia severa, puede además, provocar problemas cardiopulmonares y neurológicos. Bajos niveles de oxígeno en la sangre arterial, pueden provocar **isquemia miocárdica** (reducción del flujo sanguíneo al corazón, reduce la capacidad del músculo cardíaco de bombear sangre), **serias arritmias** (es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco), **disfunción ventricular izquierda o derecha** (es cualquier forma de alteración del funcionamiento cardíaco que se origina en los ventrículos), **mareos, hipotensión**, **síncope** (es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea) e **hipertensión pulmonar** (es un tipo de presión arterial alta que afecta a las arterias de los pulmones y al lado derecho del corazón). Además de las anteriormente citadas, el uso de la mascarilla, puede tener otras consecuencias: **pérdida de masa muscular** por la falta de oxígeno; **eritemas** (inflamación de la epidermis produciendo dermatitis de contacto por irritación de las sustancias químicas propias de las mascarillas (especialmente formaldehido y tolueno),así como el desarrollo de futuras alergias cutáneas por rechazo de tales sustancias), y el **agravamiento de patologías cutáneas faciales ya existentes** (se han multiplicado los casos de dermatitis bucal y proliferación fúngica (hongos)); **rinitis** (así como a nivel oral podría producirse **cuadros de sequedad bucal e infecciones fúngicas** por la mayor temperatura y humedad presentes en el compartimento estanco que se genera entre la boca y la mascarilla); **afecciones del metabolismo** (la disminución regular de la cantidad de oxígeno que accede al organismo a que acabamos de aludir da como consecuencia una menor cantidad de oxígeno en sangre, es decir, déficit crónico de oxígeno celular y tisular. Cuando la célula recibe menos oxígeno, se produce hipoxia celular, que inhibe la fabricación de energía en el nivel mitocondrial. Esto es especialmente grave en el caso de las personas en edad escolar, pues la hipoxia permanente en la etapa del desarrollo del cerebro puede disminuir señaladamente su futura potencialidad cognitiva, y particularmente perverso en el conjunto de las personas, pues la hipercapnia puede producir a medio plazo acidosis en las células, el mejor caldo de cultivo de los tumores y cánceres intersticiales); **pérdida de reflejos** (reducción de las habilidades motoras finas, ya que ni los nervios pueden transmitir fidedignamente las órdenes motrices, ni los músculos implicados pueden producir la energía necesaria para su ejecución); **daños del sistema inmunológico** (se menoscaba y se pasa a ser inmunodeprimido, en los que las consecuencias de un resfriado común o las de una gripe estacionaria serán mucho más graves y aumentarán su letalidad de forma considerable. La razón principal estriba en que el organismo no se mantiene alerta, puesto que no está sometido al intercambio natural y deseable con los habituales gérmenes y bacterias que propicia la cercanía de otras personas y las interrelaciones sociales).

Un médico y ex editor de una revista médica está denunciando toda la estafa de las mascarillas, demostrando cómo se suman al caos de la pandemia, debilitando a los humanos y preparando a las personas para exactamente lo que están tratando de evitar. Las mascarillas Covid están creando y "enmascarando" importantes problemas de salud, de los que ninguno de los usuarios parece darse cuenta:

- Las mascarillas reducen los niveles de oxígeno en la sangre.
- Las mascarillas elevan los niveles de dióxido de carbono en la sangre.
- Las mascarillas atrapan los patógenos virales exhalados, lo que aumenta la carga viral y la gravedad de la enfermedad.
- El SARS CoV-2 se vuelve más peligroso cuando los niveles de oxígeno en sangre disminuyen.
- Las mascarillas dan una falsa sensación de seguridad.
- Las mascarillas desvían el aire exhalado y las plumas patógenas hacia los ojos.
- Las mascarillas son peligrosas para las personas con afecciones médicas preexistentes.
- Las mascarillas de tela aumentan el riesgo de contraer infecciones respiratorias, incluido Covid.

La gente está aterrorizada de contraer Covid porque ataca el sistema respiratorio y hace que los tejidos pulmonares se llenen de líquido. Es una forma horrible de morir, sin embargo, **las mascarillas también pueden provocar infecciones respiratorias y, en última instancia, la muerte**. **A medida que las mascarillas inhiben el flujo de aire hacia adentro y hacia afuera de los pulmones, las personas con enfermedades pulmonares crónicas, asma y EPOC están empeorando sus condiciones al usarlas**.

Esto es lo que la mayoría de la gente no sabe. **Debido a que las mascarillas aumentan la profundidad y la frecuencia de las respiraciones, también aumentan la probabilidad de que cada respiración contenga una mayor cantidad de partículas de virus patógenos**.

Esto se llama un aumento de la "carga viral", ya que contiene mayores niveles de partículas infecciosas, justo lo contrario de lo que los CDC, los medios de comunicación y Fauci les dicen a los usuarios de mascarillas.

Esto también puede respaldar las partículas virales más profundamente en los pulmones, aumentando la gravedad de la infección por Covid.

Incluso después de solo unos minutos de usar una mascarilla para la enfermedad, el usuario puede sufrir una reducción SIGNIFICATIVA en su

nivel de oxígeno en sangre, según una investigación realizada por 53 cirujanos que se publicó en una revista médica como un Informe preliminar sobre la desoxigenación inducida por mascarilla quirúrgica durante una cirugía mayor. Los hallazgos sugieren que **el uso de mascarillas quirúrgicas durante más de una hora al día puede reducir el oxígeno arterial lo suficiente como para "inducir efectos fisiológicamente perjudiciales"**.

De hecho, dos casos registrados de privación de oxígeno en la sangre tuvieron consecuencias trágicas. Dos niños chinos murieron de un paro cardíaco repentino mientras corrían con la mascarilla puesta durante las clases de educación física en la escuela. ¿Cómo?

El músculo cardíaco necesita oxígeno para funcionar y sobrevivir, y cuanto más trabaja, más oxígeno necesita. Las mascarillas estaban limitando severamente el flujo de oxígeno, bloqueando la entrada de aire y disminuyendo el oxígeno arterial.

Una crónica pequeña hipoxemia o hipercapnia como resultado del uso de la mascarilla, pueden causar una exacerbación de condiciones cardiopulmonares, metabólicas, vasculares y neurológicas; en adición a ellas, respirar a través de los residuos bacterianos y gérmenes de ambas capas de la mascarilla, puede causar otros problemas de salud. Estos componentes tóxicos son continuamente reinhalados, causándonos autocontaminación. Además aumenta la temperatura y la humedad entre la cara y la mascarilla, lo cual a su vez, favorece el desprendimiento de sustancias tóxicas del material de la mascarilla. Una revisión de la bibliografía, nos muestra que el **aerosol de las mascarillas, contiene una contaminación de entre 13 y 202 549 virus diferentes**. **Respirar aire contaminado con altas concentraciones de partículas bacterianas tóxicas y con bajos niveles de oxígeno y altos de dióxido de carbono, desafían continuamente la homeostasis del cuerpo, provocando toxicidad e inmunosupresión**.

Mientras respiramos, podemos inhalar esos agentes patógenos con facilidad a través del tracto respiratorio, puesto que igualmente la molécula de oxígeno es unas decenas de veces mayor que cualquier agente vírico. No existe además evidencia científica de que el virus pueda transmitirse en el aire suspendido en gotículas o aerosoles y pueda ser transportado así con capacidad de infección, ni tampoco a través de superficies (reconocido por el propio Ministerio de Sanidad (pag 8 y por la OMS). Finalmente, debería tenerse en cuenta que más del 50% de las infecciones víricas ocurren a través de la mucosa del ojo, por lo que en buena lógica deberíamos cubrir también nuestras retinas oculares.

Analizando todo lo expuesto anteriormente y considerando la alta y variada incidencia del uso permanente y habitual de las mascarillas en los procesos fisiológicos del organismo; parece razonable dudar de la justificación que la vigente normativa sanitaria establece para justificar su uso, basada únicamente en supuestos datos epidemiológicos que sólo existen en los medios "informativos". Frente a tal evidencia, los múltiples efectos negativos sobre la fisiología del organismo, que serán

irreversibles en mayor medida cuanto más jóvenes sean las personas que utilizan las mascarillas y cuanto más tiempo se prolongue la medida de "protección", siendo de gravedad en edades tempranas, por el número de horas diarias que se les obliga a usarla.

Para los niños y adolescentes, las mascarillas son una absoluta aberración. Tienen un sistema inmunológico extremadamente activo y adaptativo y necesitan una interacción constante con el microbioma de la Tierra. Su cerebro también es increíblemente activo, ya que tiene mucho que aprender. El cerebro del niño, o el cerebro del joven, está sediento de oxígeno. Cuanto más metabólicamente activo es el órgano, más oxígeno necesita. Todos los órganos de los niños y adolescentes son metabólicamente activos. Privar de oxígeno al cerebro de un niño o adolescente, o restringir su oxigenación de cualquier forma, no sólo es peligroso para su salud, es absolutamente criminal. La deficiencia de oxígeno inhibe el desarrollo del cerebro y el daño resultante no puede revertirse. El niño necesita que su cerebro aprenda y el cerebro necesita oxígeno para funcionar. No necesitamos un estudio clínico para eso. Esto es fisiología simple e indiscutible. La deficiencia de oxígeno inducida consciente y sistemáticamente, es un peligro para la salud absolutamente deliberado y una contraindicación médica absoluta. En medicina, una contraindicación médica absoluta significa que ese fármaco, esa terapia, ese método o medida; no debe usarse y no se permite su uso. Para coaccionar por la fuerza a toda una población a utilizar una contraindicación médica absoluta, debe haber razones definidas y serias para ello y, éstas deben ser presentadas a órganos interdisciplinarios e independientes competentes para su verificación y autorización.

Si bien hay que niños que toleran la mascarilla con relativa facilidad, hay otros de los que no se puede esperar que la usen en conciencia, especialmente cuando la boca y la protección de la nariz en los niños más pequeños, no es necesaria; además, encontramos testimonios de padres, profesores y médicos sobre estigmatización, exclusión y comportamiento agresivo hacia los niños que no usan mascarilla por razones psicológicas o médicas. El uso inadecuado de mascarillas, que suele ser el caso de los niños, puede aumentar el riesgo de propagación y transmisión de patógenos como consecuencia de una mayor tendencia a poner sus dedos en su cara y, por lo tanto, puede ser peor que no usar una mascarilla en algunos casos.

Si analizamos el espectro de síntomas de los informes de quejas por el uso de mascarillas, los niños presentan en más del 66% una amplia variedad de ellos, tanto en el plano físico (erupciones, dolores de cabeza, etc), como en el mental (miedos, irritabilidad, etc), como en el intelectual (desórdenes de concentración). Además de las deficiencias agudas de salud, en algunos casos, significativamente experimentadas, los efectos a largo plazo en varias áreas de desarrollo como: lenguaje, juegos, aprendizaje, comunicación, desarrollo sensoriomotor y empatía; son difíciles de evaluar. Los frecuentemente reportados dolores de cabeza y dificultades de concentración, deben ser profundamente estudiados por su importancia para el desarrollo cognitivo del niño. La ocurrencia de efectos secundarios en niños como consecuencia de llevar mascarilla, debe ser tenida en cuenta muy seriamente y requiere de una clarificación precisa de las

consecuencias para su salud, de la situación (duración, descansos y tipo de mascarilla) y de la situación del colegio. No debemos olvidar que la incidencia del coronavirus en niños es prácticamente nula (ver apartado vacunación de niños-adolescentes) y que no se ha demostrado que el virus esté en el aire y tenga capacidad de infección (ver este informe). También es importante recordar, que no se ha demostrado su transmisión a través de superficies (ver este informe).

Estudios **de población mostraron que el uso de mascarillas resulta en una mayor incidencia de Covid-19 o no tiene ningún impacto**. Ninguna de las jurisdicciones examinadas experimentó una disminución en la incidencia de Covid-19 después de la introducción de los mandatos de mascarillas, excepto dos que ya habían comenzado un fuerte descenso en los casos de Covid-19 semanas antes. **Se proponen dos mecanismos físicos** para contribuir directamente a este hallazgo, basados en la investigación disponible actualmente. **La primera es la mecánica de dispersión de gotitas respiratorias dispersas que se aerosolizan al chocar con la malla de una mascarilla al exhalar hacia afuera y luego permanecen en el aire. El segundo son los chorros periféricos presurizados y distantes de aerosol exhalado sin filtrar de los bordes de una máscara. Estos fenómenos hacen que las partículas virales permanezcan más tiempo y viajen más lejos en el espacio aéreo de una persona enmascarada que las gotas respiratorias exhaladas que caen cerca del cuerpo desde los orificios de una persona sin mascarilla. También existen mecanismos químicos para el aumento de casos de Covid-19 en poblaciones que usan las mascarillas. Es probable que esto se deba a la supresión inmunológica causada por condiciones hipóxicas e hipercápnicas, así como a cilios inmovilizados en los pulmones y a una superficie cutánea reducida disponible para la luz solar para la producción de vitamina D**. Por lo tanto**, se recomienda precaución contra el uso de mascarillas entre aquellos que desean reducir el riesgo, ya sea para ellos mismos o para otros, de infección por la enfermedad del SARS-CoV-2 o Covid-19**.

Un estudio realizado por la Universidad de Louisville utilizando datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, descubrió que el 80% de los estados de Estados Unidos, obligaron a utilizar mascarillas durante la pandemia de Covid-19, pero aunque **los mandatos** provocaron un mayor cumplimiento de las mascarillas, **no lograron menores tasas de crecimiento cuando la propagación en la comunidad era baja (mínima) o alta (máxima)**. El estudio también descubrió que **los mandatos y el uso de mascarillas no están asociados a una menor propagación del SARS-CoV-2 entre los estados de EE.UU**. "**Nuestros hallazgos no apoyan la hipótesis de que las tasas de transmisión del SARS-CoV-2 disminuyan con un mayor uso público de las mascarillas**". El estudio señaló que las mascarillas pueden promover la comunión social como símbolos de unión durante una pandemia, pero también puede producirse una discriminación por riesgo. Los investigadores describieron múltiples desventajas de llevar una mascarilla, entre ellas:

El uso prolongado de mascarillas (>4 horas al día) **favorece la alcalinización facial y fomenta inadvertidamente la deshidratación, lo que a su vez puede aumentar la ruptura de la barrera y el riesgo de infección bacteriana**. Los clínicos británicos han informado de que las mascarillas aumentan los dolores de cabeza y la sudoración y disminuyen la precisión cognitiva. A pesar del sesgo de las encuestas, estas secuelas están asociadas a los errores médicos. **Al oscurecer la comunicación no verbal, las mascarillas interfieren en el aprendizaje social de los niños**. Asimismo, las mascarillas pueden distorsionar el discurso verbal y eliminar las señales visuales en detrimento de las personas con pérdida de audición; los protectores faciales transparentes mejoran la integración visual, pero hay una pérdida correspondiente de la calidad del sonido. La investigación también descubrió que **los mandatos de mascarilla eran malos indicadores de la propagación del Covid-19**.

En resumen, los mandatos y el uso de la mascarilla fueron malos indicadores de la propagación del Covid-19 en los Estados Unidos. El crecimiento de casos fue independiente de los mandatos en las tasas bajas y altas de propagación en la comunidad y el uso de la mascarilla no predijo el crecimiento de casos durante las olas de verano u otoño-invierno. Los puntos fuertes del estudio incluyen el uso de dos métricas de mascarilla para evaluar la asociación con las tasas de crecimiento de Covid-19; la medición del crecimiento normalizado de casos en estados con y sin mandato en momentos comparables para cuantificar el efecto probable de los mandatos; y la disolución del efecto del uso de la mascarilla mediante el examen del crecimiento de casos en estados con uso variable de la mascarilla.

En otro estudio, se realizó una revisión bibliográfica sobre la prevención de la infección en el quirófano. Si bien se ha demostrado que los movimientos faciales detrás de una mascarilla pueden aumentar la contaminación, **no se ha demostrado que llevar una mascarilla provoque mucha diferencia en la contaminación del quirófano o que el número de bacterias aerotransportadas pueden correlacionarse de alguna manera con una infección**. Parece que la contaminación mínima se puede lograr mejor sin usar una mascarilla, pero operando en silencio. **Cualquiera que sea su relación con la contaminación, recuentos bacterianos, o con la diseminación de fragmentos, no hay evidencia directa de que el uso de las mascarillas reduzca la infección**.

El metaanálisis de 65 estudios revela que **las mascarillas inducen el síndrome de agotamiento inducido por mascarillas** (MIES). El estudio profundiza en los daños del uso de mascarillas y se suma a un cuerpo cada vez mayor de literatura biomédica sub-reportada, si no directamente censurada y suprimida, que se ha acumulado y refuta la narrativa ampliamente difundida de que las mascarillas son seguras y efectivas, y que las recomendaciones para el uso de agencias como los CDC están basadas en evidencia, lo que claramente no es así. Revela que **existen efectos adversos claros y científicamente demostrables para los usuarios de mascarillas, tanto a nivel psicológico y social como físico**.

Un equipo de investigadores ha evaluado 109 estudios de mascarillas y ha publicado los resultados en la reconocida Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública (IJERPH). Los científicos encuentran **no solo muchos efectos que ponen en peligro la salud, como la supresión del sistema inmunológico hasta promover el desarrollo de tumores, sino también un síndrome de agotamiento inducido por una mascarilla**, MIES para abreviar:

- **Usar una mascarilla tiene efectos drásticos en la salud.**
- **El acné, los dolores de cabeza, la ansiedad, la depresión, el sistema inmunológico debilitado e incluso el cáncer son posibles consecuencias del uso de una mascarilla**.
- Se deberían emitir certificados de mascarilla para muchas enfermedades.
- **No se ha demostrado científicamente que tenga sentido usar una mascarilla**.

Incluso el médico, científico y coautor del estudio, el Dr. Kai Kisielinski está sorprendido, como admite en una entrevista con Milena Preradovic. **Los efectos secundarios y los peligros son enormes**. "**El uso prolongado de mascarillas por parte de la población en general, podría tener efectos y consecuencias relevantes en muchas áreas médicas**", escriben los científicos en el resumen de su estudio.

Las erupciones cutáneas de las mascarillas son una consecuencia común. El acné se desarrolla en hasta el 60% de los usuarios de mascarillas, explica el médico. Pero las mascarillas también afectan la respiración. Se demostró que el uso de una mascarilla FFP2 casi duplica el volumen del espacio muerto, es decir, la cantidad de aire que solo se mueve hacia adelante y hacia atrás al inhalar y exhalar, y la resistencia respiratoria es casi un 130% mayor. Se puede absorber menos oxígeno (O_2) y se puede emitir menos dióxido de carbono (CO_2). Esto cambia el nivel de estos gases en la sangre.

Según el Dr. Kisielinski **hay efectos negativos en los órganos internos y el sistema nervioso central**. **Se encontró que hay una expansión de los vasos sanguíneos en el cerebro, lo que puede provocar dolores de cabeza, pero también reacciones de pánico y ansiedad**. **Demasiado CO_2 en la sangre también puede aumentar la presión arterial. Las mascarillas también pueden influir en el metabolismo celular de tal forma que el sistema inmunológico se debilita y posiblemente incluso se podrían favorecer enfermedades tumorales**.

Además de la dificultad para respirar y los dolores de cabeza, el grupo de investigación también encontró el llamado síndrome de agotamiento inducido por mascarilla **(MIES), que puede causar síntomas como la concentración, el pensamiento e incluso trastornos del habla**. Se pudo demostrar que la caída de oxígeno en sangre se correlaciona con el síntoma de agotamiento. **Si se usa la mascarilla durante períodos prolongados, la frecuencia cardíaca y la**

frecuencia respiratoria aumentan y la profundidad de la respiración disminuye. **El trabajo respiratorio en constante aumento causa daños en la sangre y las arterias coronarias y el aumento de los latidos del corazón podría causar enfermedades neurológicas y cardíacas**. Según Kisielinski, aún deben investigarse las posibles consecuencias a largo plazo.

En el caso de los niños en particular, el médico considera que llevar una mascarilla es cuestionable basándose en los hechos. Señala que además de los problemas de salud descritos, pueden surgir problemas de comunicación y la capacidad de empatizar disminuye.

Para muchas enfermedades, como la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), la enfermedad renal crónica o los trastornos de pánico, se deben emitir certificados de liberación de mascarillas, dice el médico. Esto también sería **importante para las mujeres embarazadas, ya que los niveles excesivamente altos de CO_2 en la sangre pueden tener un impacto negativo en el feto**. **El formaldehído contenido en las mascarillas también puede tener efectos nocivos cuando la mascarilla se usa durante largos períodos de tiempo y las partículas de plástico inhaladas (hechas de polipropileno) provocan irritación de las membranas mucosas**.

Dr. Kisielinski también señala que **el proceso de infección apenas se vio influenciado por el uso de una mascarilla**, como han demostrado muchos estudios. También explica que **el uso incorrecto generalizado puede provocar la acumulación de gérmenes en la mascarilla, como hongos, virus de la influenza o diversos patógenos que causan neumonía. Por lo tanto, existe la posibilidad de que las enfermedades sean causadas en primer lugar por el uso de una mascarilla**, explica Kisielinski.

Según el equipo de investigación, su trabajo está diseñado para proporcionar una primera presentación científica rápida de los riesgos del uso general obligatorio de mascarillas, centrándose en los posibles efectos médicos adversos de las mascarillas, especialmente en determinados grupos de diagnóstico, pacientes y usuarios. Resumen su estudio de la siguiente manera:

"El objetivo era encontrar, probar, evaluar y compilar efectos secundarios relacionados científicamente probados del uso de mascarillas. Para una evaluación cuantitativa, se referenciaron 44 estudios, en su mayoría experimentales, y para una evaluación sustantiva, se encontraron 65 publicaciones. La literatura reveló efectos adversos relevantes de las mascarillas en numerosas disciplinas. En este trabajo nos referimos al deterioro psicológico y físico, así como a los múltiples síntomas descritos por su presentación consistente, recurrente y uniforme desde diferentes disciplinas como Síndrome de Agotamiento Inducido por Mascarillas (MIES).

La evaluación objetivada evidenció cambios en la fisiología respiratoria de los usuarios de mascarillas con una correlación significativa de caída de O_2 y fatiga ($p<0.05$), una co-ocurrencia agrupada de insuficiencia respiratoria y caída de O_2

(67%), mascarilla N95 y aumento de CO_2 (82%), mascarilla N95 y gota de O_2 (72%), mascarilla N95 y dolor de cabeza (60%), insuficiencia respiratoria y aumento de temperatura (88%), pero también aumento de temperatura y humedad (100%) debajo de las mascarilla. **El uso prolongado de mascarillas por parte de la población en general podría tener efectos y consecuencias relevantes en muchos campos médicos**".

Los investigadores proporcionaron el siguiente contexto importante para su trabajo:

"Los posibles efectos drásticos e indeseables encontrados en áreas multidisciplinarias ilustran el alcance general de las decisiones globales sobre mascarillas en el público en general a la luz de la lucha contra la pandemia. Según la literatura encontrada, **existen efectos adversos claros y científicamente registrados para el usuario de la mascarilla, tanto a nivel psicológico como social y físico**".

Ni las instituciones de nivel superior como la OMS o el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) ni las nacionales, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, GA, EE. UU. (CDC) o el RKI alemán, se fundamentan con datos científicos sólidos un efecto positivo de las mascarillas en el público (en términos de una tasa reducida de propagación de Covid-19 en la población). Contrariamente al estándar científicamente establecido de la medicina basada en la evidencia, las autoridades sanitarias nacionales e internacionales han emitido sus valoraciones teóricas sobre las mascarillas en lugares públicos; el uso obligatorio de mascarillas da una sensación engañosa de seguridad.

"Desde el punto de vista epidemiológico de las infecciones, **las mascarillas en el uso diario presentan el riesgo de autocontaminación por parte del usuario tanto desde el interior como desde el exterior, incluso a través de las manos contaminadas**. **Además, las mascarillas se empapan con el aire exhalado, que potencialmente acumula agentes infecciosos de la nasofaringe y también del aire ambiental en el exterior y el interior de la mascarilla**".

En particular, **deben mencionarse aquí las bacterias y hongos que causan infecciones graves pero también los virus. El aumento inusual en la detección de rinovirus en los estudios centinela del RKI alemán de 2020 podría ser un indicio de este fenómeno**. Por tanto, sería deseable una aclaración mediante nuevas investigaciones.

Los científicos consideran que **las mascarillas, cuando las usa el público en general, presentan un riesgo de infección porque el público en general no puede seguir las normas de higiene estandarizadas de los hospitales**. **Además de eso, los usuarios de mascarillas (quirúrgicas, N95, de tela) exhalan partículas relativamente más pequeñas (tamaño de 0.3 a 0.5 µm) que las personas sin mascarilla y el habla más fuerte debajo de**

las mascarilla amplifica aún más este aumento de la producción de aerosoles finos por parte del usuario de mascarilla (efecto nebulizador).

La historia de los tiempos modernos muestra que ya en las pandemias de influenza de 1918-1919, 1957-58, 1968, 2002, en el SARS 2004-2005 y con la influenza en 2009, las mascarillas en el uso diario no pudieron lograr el esperado éxito en la lucha contra escenarios de infección viral. Las experiencias llevaron a estudios científicos que describían ya en 2009 que **las mascarillas no muestran ningún efecto significativo con respecto a los virus en un escenario cotidiano**.

Incluso más tarde, **los científicos y las instituciones calificaron las mascarillas como inadecuadas para proteger al usuario de forma segura de las infecciones respiratorias virales**. Incluso en el uso hospitalario, las mascarillas quirúrgicas carecen de pruebas sólidas de protección contra los virus. Originalmente nacida del conocimiento útil de proteger las heridas del aliento de los cirujanos y de la contaminación por gotitas predominantemente bacterianas, la mascarilla ha sido visiblemente mal utilizada con un uso diario popular en gran parte incorrecto, particularmente en Asia en los últimos años.

Es significativo que el sociólogo Beck describiera la mascarilla como un cosmético de riesgo ya en 1992. Desafortunadamente, ***la mascarilla es inherente a un círculo vicioso: estrictamente hablando, solo protege simbólicamente y al mismo tiempo representa el miedo a la infección. Este fenómeno se ve reforzado por la propagación colectiva del miedo, que se nutre constantemente de los principales medios de comunicación***.

Hoy en día, **la mascarilla representa una especie de apoyo psicológico para la población en general durante la pandemia del virus, prometiéndoles una libertad de movimiento adicional que reduce la ansiedad**. La recomendación de usar mascarillas en el sentido de "control de fuentes" no por autoprotección sino por "altruismo" también es muy popular entre los reguladores y la población de muchos países. **La recomendación de la OMS de la mascarilla en la pandemia actual no es solo un enfoque puramente infeccioso, sino que también es clara sobre las posibles ventajas para las personas sanas en el público en general. En particular, se menciona una posible reducción de la estigmatización de los usuarios de mascarillas, la sensación de una contribución a la prevención de la propagación del virus, así como el recordatorio de adherirse a otras medidas**.

Además, los investigadores señalaron que existen patrones recurrentes de problemas de salud relacionados asociados con el uso de máscarillas, lo que los llevó a acuñar el término síndrome de agotamiento inducido por mascarillas (MIES), que abarca los siguientes cambios fisiopatológicos y quejas subjetivas:

Aumento del volumen del espacio muerto; aumento de la resistencia respiratoria; aumento del dióxido de carbono en sangre; disminución de la saturación de oxígeno en sangre; aumento de la frecuencia

cardíaca; disminución de la capacidad cardiopulmonar; sensación de agotamiento; aumento de la frecuencia respiratoria; dificultad para respirar y falta de aire; dolor de cabeza; mareos; sensación de humedad y calor; somnolencia (déficits neurológicos cualitativos); disminución de la percepción de empatía; función de barrera cutánea alterada con acné, picazón y lesiones cutáneas.

Los investigadores señalan que los efectos descritos anteriormente se han observado en estudios de personas sanas, lo que implica que las personas enfermas tendrán efectos aún más pronunciados al usar mascarillas. Además, señalaron que estos efectos observados en estudios previos implicaron tiempos de exposición significativamente más bajos de lo que se espera actualmente que sea el caso en el público en general bajo las regulaciones y ordenanzas pandémicas actuales.

En un estudio hecho en Alemania, sobre el efecto de las mascarillas en niños, encuentran que **varios miles de niños parecen sufrir el uso de la mascarilla y que además, puedan experimentar problemas de salud a causa de su uso**. Un grupo de padres envían las mascarillas de sus hijos a un laboratorio y reciben unos resultados muy preocupantes, detectaron los siguientes patógenos en las mismas tras su uso:

- Streptococcus pneumoniae (neumonía).
- Mycobacterium tuberculosis (tuberculosis).
- Neisseria meningitidis (meningitis, sepsis).
- Acanthamoeba polyphaga (queratitis y encefalitis amebiana granulomatosa).
- Acinetobacter baumanni (neumonía, infecciones del torrente sanguíneo, meningitis, infecciones urinarias, resistentes a los antibióticos).
- Escherichia coli (intoxicación alimentaria).
- Borrelia burgdorferi (causa la enfermedad de Lyme).
- Corynebacterium diphtheriae (difteria).
- Legionella pneumophila (enfermedad del legionario).
- Staphylococcus pyogenes serotipo M3 (infecciones graves, altas tasas de morbilidad).
- Staphylococcus aureus (meningitis, sepsis).

La mitad de las mascarillas estaban contaminadas con una o más cepas de bacterias que causan neumonía. Un tercio estaba contaminado con una o más cepas de bacterias causantes de la

meningitis. Un tercio estaba contaminado con patógenos bacterianos peligrosos resistentes a los antibióticos. Además, se identificaron patógenos menos peligrosos, incluidos patógenos que pueden causar fiebre, úlceras, acné, infecciones por hongos, faringitis estreptocócica, enfermedad periodontal, fiebre maculosa de las Montañas Rocosas y más. Las mascarillas estudiadas eran nuevas o recién lavadas antes de usarlas y se habían usado durante 5 a 8 horas. Una fue usada por un adulto. Se probaron como controles una camiseta usada por uno de los niños en la escuela y mascarillas sin usar. No se encontraron patógenos en los controles. Las proteínas que se encuentran en la camiseta, por ejemplo, no son patógenas para los humanos y se encuentran comúnmente en el cabello, la piel y la tierra.

Científicos de la Universidad de Swansea **han descubierto contaminantes químicos potencialmente peligrosos que se liberan de las mascarillas desechables cuando se sumergen en agua**. **La investigación revela altos niveles de contaminantes, incluidos plomo, antimonio y cobre, dentro de las fibras plásticas y de silicona de las mascarillas faciales desechables comunes**. Los hallazgos revelan **niveles significativos de contaminantes en todas las mascarillas probadas, con micro/nanopartículas y metales pesados liberados en el agua durante todas las pruebas. Los investigadores concluyen que esto tendrá un impacto ambiental sustancial y, además, planteará la cuestión del daño potencial a la salud pública, advirtiendo que la exposición repetida podría ser peligrosa ya que las sustancias encontradas tienen vínculos conocidos con la muerte celular, la genotoxicidad y la formación de cáncer**.

Los principales científicos alemanes han descubierto que **el uso de ciertos tipos de mascarillas durante largos períodos de tiempo podría provocar la inhalación profunda de sustancias químicas potencialmente peligrosas y microplásticos dañinos en los pulmones humanos**.

El profesor Michael Braungart, director del Instituto Ambiental de Hamburgo y cofundador de la norma ambiental Cradle to Cradle, de renombre mundial, ha dicho a Ecotextile News que **los usuarios de mascarillas corren el riesgo de respirar carcinógenos, alérgenos y diminutas microfibras sintéticas al usar tanto textiles como mascarillas quirúrgicas no tejidas durante largos períodos de tiempo**.

Sus recientes hallazgos han sido respaldados por otro químico textil líder de la industria, el **Dr. Dieter Sedlak**, director gerente y cofundador de Modern Testing Services Augsburg, Alemania en asociación con Modern Testing Services Global, Hong Kong, quien **encontró concentraciones elevadas de fluorocarbonos peligrosos, formaldehído y otras sustancias potencialmente cancerígenas en las mascarillas quirúrgicas**: "Solo puedo decir al 100% que tengo preocupaciones similares a las del profesor Braungart".

"**Lo que respiramos por la boca y la nariz es en realidad un residuo peligroso**", dijo el profesor Braungart, que realizó **pruebas preliminares en mascarillas quirúrgicas usadas que encontraron rastros de productos químicos como la conocida anilina cancerígena, así como formaldehído y abrillantadores ópticos, ambos muy restringidos en bienes de consumo por parte de las autoridades europeas y estadounidenses a concentraciones mínimas de partes por millón**.

Estudios separados del Dr. Sedlak también han demostrado la **presencia de compuestos como los diisocianatos bloqueados de la oxima de 2-butanona (cancerígenos) utilizados como reticuladores de perfluorocarbonos (PFC) en mascarillas faciales**. Utilizados en el sector textil como repelentes de aceite y agua en tejidos, se sabe que los subproductos de los PFC son biopersistentes y su uso está muy restringido por las autoridades de Europa y EE. UU. El año pasado, un grupo de científicos estadounidenses pidió que todas las sustancias perfluoradas y polifluoradas (PFAS) fueran tratadas como una sola clase de química y dijeron que deberían evitarse para usos no esenciales debido a sus peligros toxicológicos y ecotoxicológicos.

"Honestamente, no esperaba que se encontraran PFC en una mascarilla quirúrgica, pero tenemos métodos de rutina especiales en nuestros laboratorios para detectar estos químicos fácilmente y poder identificarlos de inmediato. Este es un gran problema", explicó el Dr. Sedlak.

"**Parece que se ha aplicado deliberadamente como repelente de líquidos; funcionaría para repeler el virus en forma de gotas de aerosol, pero el PFC en la cara, la nariz, las membranas mucosas o los ojos no es bueno**". Junto con los PFC, también detectó, además de los reticuladores de PFC, compuestos como el formaldehído y el acetaldehído, mientras que un cromatograma GCMS mostró "cientos de picos de otros contaminantes".

Al igual que Sedlak, Braungart señaló que las mascarillas quirúrgicas se han diseñado para usarse con fines muy específicos, como los médicos o durante un período corto de tiempo antes de desecharlas. No están diseñados para arrugarse en los bolsillos de las personas, donde "la fricción y el ambiente húmedo promueven la abrasión de las fibras y fomentan la colonización bacteriana con el tiempo", dijo.

Esta abrasión puede, dice, **causar la liberación de diminutos microplásticos a medida que las fibras de polipropileno se rompen por el desgaste mecánico, encontrando en pruebas que algunas mascarillas arrojan microfibras clasificadas como 'polvo' peligroso por el Seguro Social Alemán de Accidentes (DGUV)**. Las fibras de este tipo de geometría que cumplen con este estándar de polvo también se denominan "fibras de la OMS" después de un trabajo anterior de la Organización Mundial de la Salud sobre el amianto.

Un problema imprevisto para quienes exigen el uso continuo y prolongado de mascarillas faciales, como los gobiernos y las empresas, es la posibilidad de

litigios futuros si se demuestra que tienen algún impacto adverso a largo plazo en la salud humana, especialmente desde el punto de vista de largo plazo, aún no se han realizado estudios.

Según un meta-análisis de estudios publicados hasta abril de 2020, realizado por el Instituto Nacional de Salud de Perú; **no existe evidencia de la efectividad del uso de mascarillas en la reducción del riesgo de infecciones respiratorias virales**. Según un meta-análisis de estudios publicado en la New England Journal of Medicine; **la utilización de mascarillas ofrece una eficacia mínima si es que ofrece**. Según un meta-análisis de estudios titulado Eficacia de las Mascarillas Contra Infecciones Respiratorias realizado por Oxford Academic y IDSA Infectious Diseases Sosiety of America (Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas); **la evidencia existente sobre la utilidad de las mascarillas es escasa y los hallazgos son inconsistentes**. Según un meta-análisis de estudios hecho por la Universidad de Cambridge; **ninguno de los estudios revisados mostró un beneficio derivado del uso de una mascarilla, ya sea en el personal sanitario o en los miembros de la comunidad en los hogares**. Según un meta-análisis de 14 estudios realizado por los CDC, **la evidencia encontrada en los 14 ensayos controlados aleatorios de estas medidas [higiene de manos y mascarillas faciales] no apoyó un efecto sustancial en la reducción de transmisión viral**. Según un meta-análisis de 17 estudios realizado por la Health Protection Agency, London, (la Agencia de Protección de la Salud de Londres); en los 17 estudios analizados **no hay evidencia concluyente de que las mascarillas proporcionen protección contra contagios**. Según un meta-análisis de 21 estudios hecho por la Universidad de Londres titulado Máscaras Faciales para Prevenir la Transmisión de Infecciones Respiratorias Virales; **la evidencia científica es ambigua en cuanto a si el uso de mascarillas reduce las infecciones respiratorias virales**.

Un nuevo estudio publicado en The Southern Medical Journal (SMJ) descubrió que una orden para **el uso de las mascarillas en todo el condado de Bexar**, Texas, **no llevó a una reducción de las tasas de hospitalización por Covid-19 ni de muertes**. El estudio, que fue revisado por colegas, analizó los datos antes y después de que se impusieran los mandatos tanto a nivel estatal (3 de julio del 2020) como en el condado de Bexar (5 de julio del 2020), el cuarto condado más grande de Texas. Los autores del estudio, que fue revisado por el Instituto de Investigación Quirúrgica del Ejército de Estados Unidos, analizaron el promedio diario de casos de Covid-19, hospitalizaciones, visitas a la UCI, pacientes con respiradores y muertes y concluyeron que la política no redujo ninguna de estas métricas. "Todos los resultados medidos fueron mayores en promedio en el período posterior al enmascaramiento, al igual que las co-variables incluidas en el modelo ajustado", dijeron los investigadores. "**No hubo una reducción de la mortalidad diaria por población, de las camas de hospitalización, de las camas de UCI o de la ocupación de respiradores por parte de los pacientes positivos con Covid-19 atribuible a la implementación de un mandato de uso de mascarillas**".

Los resultados de la investigación del SMJ se producen cuatro meses después de que los CDC publicaran un estudio a gran escala en el que se **concluía que no había una diferencia estadísticamente significativa en la propagación del Covid entre los niños en las escuelas en las cuales las mascarillas eran opcionales, en comparación con las escuelas en las que eran obligatorias**.

Un gran ensayo controlado aleatorio con cerca de 8000 participantes, publicado en octubre de 2020 en PLOS One, encontró que las mascarillas "**no parecían ser efectivas contra las infecciones respiratorias virales confirmadas por laboratorio ni contra la infección respiratoria clínica**. Una revisión de febrero de 2021 realizada por los CDC europeos **no encontró evidencia de alta calidad a favor de las mascarillas faciales y recomendó su uso solo sobre la base del "principio de precaución"**. Una revisión de julio de 2020 del Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford encontró que **no hay evidencia de la efectividad de las mascarillas contra la infección o transmisión del virus**. Una revisión Cochrane de noviembre de 2020 encontró que **las mascarillas no reducen los casos de enfermedades similares a la influenza (ETI), ni en la población general ni en los trabajadores de la salud**. Un estudio de agosto de 2021 publicado en Int. Research Journal of Public Health **no encontró "ninguna asociación entre los mandatos o el uso de mascarillas y la reducción de la propagación de Covid-19 en los estados de Estados Unidos**. Una revisión de abril de 2020 de dos profesores estadounidenses en enfermedades respiratorias e infecciosas de la Universidad de Illinois concluyó que **las mascarillas no tienen ningún efecto en la vida cotidiana, ni como autoprotección ni para proteger a terceros**.

Un estudio de 2015 en el British Medical Journal BMJ Open encontró que **las mascarillas de tela fueron penetradas por el 97% de las partículas y pueden aumentar el riesgo de infección al retener la humedad o el uso repetido**. Una revisión de agosto de 2020 realizada por un profesor alemán de virología, epidemiología e higiene encontró que **no hay evidencia de la efectividad de las mascarillas faciales y que el uso diario inadecuado de las mascarillas por parte del público puede, de hecho, conducir a un aumento de las infecciones**. En una revisión, se trata de analizar la utilidad de las mascarillas y otras barreras similares para prevenir enfermedades respiratorias como Covid-19. **El uso de mascarillas puede ser muy levemente protector contra la infección primaria por contacto casual en una comunidad**. En un estudio en el que analizan la evidencia de la efectividad de las medidas para reducir la transmisión en la comunidad de la influenza confirmada por laboratorio, **no encontraron evidencia de que las mascarillas faciales de tipo quirúrgico sean efectivas para reducir la transmisión de influenza confirmada por laboratorio, ya sea cuando las usan personas infectadas o personas de la comunidad en general, para reducir su susceptibilidad**. La evidencia de los ECA (Ensayos Controlados aleatorios) sobre higiene de manos o mascarillas no apoya un efecto sustancial sobre la transmisión de la influenza confirmada por laboratorio, y la evidencia sobre otras medidas ambientales es muy limitada.

En un estudio en el que se analizaba la contaminación por virus respiratorios en la superficie exterior de las mascarillas médicas utilizadas por los trabajadores sanitarios de los hospitales, **encontraron que los patógenos respiratorios en la superficie exterior de las mascarillas médicas usadas pueden resultar en autocontaminación**. El riesgo es mayor con una mayor duración del uso de la mascarilla (>6h) y con mayores tasas de contacto clínico. Los protocolos sobre la duración del uso de la mascarilla deben especificar un tiempo máximo de uso continuo y deben considerar la orientación en entornos de alto contacto. **Se aislaron virus de las secciones superiores de alrededor del 10% de las muestras, pero otras secciones de las mascarillas también pueden estar contaminadas**. Los trabajadores sanitarios deben ser conscientes de estos riesgos para protegerse a sí mismos y a las personas que los rodean.

En un estudio, analizaron el impacto fisiológico de usar una mascarilla N95 durante la hemodiálisis como precaución contra el SARS en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal y llegaron a la conclusión de que **el uso de una mascarilla N95 durante 4 horas durante la HD redujo significativamente la PaO_2 y aumentó los efectos adversos respiratorios en pacientes con ESRD**. En otro estudio en el que se analizan las consecuencias respiratorias del uso de mascarillas tipo N95 en trabajadoras sanitarias embarazadas, **llegaron a la conclusión de que respirar a través de materiales de mascarilla N95 impide el intercambio gaseoso e impone una carga de trabajo adicional al sistema metabólico de las trabajadoras de la salud embarazadas**, y esto debe tenerse en cuenta en las pautas para el uso de respiradores. **Los beneficios de usar la mascarilla N95 para prevenir enfermedades infecciosas emergentes graves deben sopesarse con las posibles consecuencias respiratorias asociadas con el uso prolongado del respirador N95**. En una revisión, **no encontraron evidencias suficientes para proporcionar una recomendación sobre el uso de barreras faciales sin otras medidas**, de igual forma, **no se encontraron pruebas suficientes para poder diferenciar en la utilidad de las mascarillas quirúrgicas y los respiradores N95 (por tanto ofrecen la misma teórica protección, a diferencia de lo que nos venden)**, lo cual, es corroborado por otro estudio en el que se encontró que **al comparar las mascarillas N95 con las quirúrgicas que usaron los participantes del ensayo, los resultados mostraron que no había una diferencia significativa en la incidencia de influenza confirmada en laboratorio**. Para abordar el rendimiento de filtración de materiales de tela comunes contra partículas de tamaño nanométrico, incluidos virus, se probaron cinco categorías principales de materiales de tela, incluidas sudaderas, camisetas, toallas, bufandas y mascarillas de tela para aerosoles polidispersos y monodispersos (20–1000 nm) a dos velocidades faciales diferentes (5.5 y 16.5 cm s − 1) y en comparación con los niveles de penetración del medio filtrante para respirador N95. Los materiales de tela comunes y las mascarillas de tela mostraron una amplia variación en los valores de penetración para partículas de aerosol polidispersas (40–90%) y monodispersas en el rango de 20–1000 nm (40–97%) a una velocidad facial de 5.5 cm s − 1. Los niveles de penetración obtenidos para materiales textiles contra aerosoles polidispersos y monodispersos fueron mucho más altos que el valor para el medio de filtro de respirador N95 de control, que estuvieron en el rango encontrado para algunas

mascarillas quirúrgicas en estudios previos. Las penetraciones de partículas de aerosol monodispersas aumentaron ligeramente a una velocidad facial de 16.5 cm s − 1, mientras que los aerosoles polidispersos no mostraron ningún efecto significativo excepto para una mascarilla de tela con un aumento. Los valores de penetración obtenidos para materiales de tela comunes indican que solo se puede esperar una protección respiratoria marginal para partículas submicrónicas, teniendo en cuenta las fugas del sello facial.

En un meta-análisis, se analizó la eficacia de los respiradores N95 frente a las mascarillas quirúrgicas para proteger a los trabajadores de la salud de las infecciones respiratorias agudas: "Identificamos seis estudios clínicos…. En el metanálisis de los estudios clínicos, **no encontramos diferencias significativas entre los respiradores N95 y las mascarillas quirúrgicas en el riesgo asociado de (a) infección respiratoria confirmada por laboratorio o (b) enfermedad similar a la influenza**". En otro meta-análisis en el que se estudiaba la eficacia de los respiradores N95 frente a las mascarillas quirúrgicas contra la influenza: "Se incluyeron un total de seis ECA con 9171 participantes. **No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevención de la influenza confirmada por laboratorio, infecciones virales respiratorias confirmadas por laboratorio, infección respiratoria confirmada por laboratorio y enfermedades similares a la influenza utilizando respiradores N95 y mascarillas quirúrgicas**. El metanálisis indicó un efecto protector de los respiradores N95 contra la colonización bacteriana confirmada por laboratorio (RR = 0.58, IC del 95%: 0.43-0.78). **El uso de respiradores N95 en comparación con las mascarillas quirúrgicas no está asociado con un menor riesgo de influenza confirmada por laboratorio**".

Un artículo publicado el 30 de septiembre en Eurosurveillance mostró **que la Covid se propaga rápidamente por un paciente completamente "vacunado" al personal, pacientes y familiares completamente "vacunados", a pesar de una tasa de "vacunación" del 96% y el uso de equipo de protección personal completo**. Cinco pacientes murieron y nueve tuvieron casos graves. El estudio cita **un brote de Covid que se propagó rápidamente entre el personal del hospital en un centro médico israelí, a pesar de una tasa de "vacunación" del 96%, el uso de mascarillas N-95 por parte de los pacientes y el equipo de protección personal completo que usan los proveedores**. El documento señaló que probablemente ocurrieron varias transmisiones entre dos personas que usaban mascarillas N95 y, en un caso, usaban PPE completo, incluida la mascarilla N-95, el protector facial, la bata y los guantes. De los infectados, 23 eran pacientes y 19 eran miembros del personal. Todo el personal se recuperó rápidamente. Sin embargo, **ocho pacientes "vacunados" se enfermaron gravemente, seis se enfermaron críticamente y cinco de los enfermos críticos murieron. Los dos pacientes no "vacunados" seguidos tenían casos leves de Covid**. "***Esta comunicación desafía la suposición de que las altas tasas de 'vacunación' universales conducirán a la inmunidad colectiva y evitarán brotes de Covid-19***. En el brote descrito aquí, ***el 96.2% de la población expuesta fue 'vacunada'***. La infección avanzó rápidamente (muchos casos se volvieron

sintomáticos dentro de los 2 días posteriores a la exposición) y ***la carga viral fue alta***".

Debido a la pandemia de SARS-CoV2, las mascarillas faciales médicas se recomiendan ampliamente para una gran cantidad de personas y por períodos prolongados. El efecto de usar una mascarilla quirúrgica y una mascarilla facial FFP2 / N95 sobre la capacidad de ejercicio cardiopulmonar no se ha informado de manera sistemática. Este estudio prospectivo cruzado cuantificó los efectos de no usar mascarilla (nm), una mascarilla quirúrgica (sm) y una mascarilla FFP2 / N95 (ffpm) en 12 varones sanos (edad 38.1 ± 6.2 años, IMC 24.5 ± 2.0 kg / m2). Las 36 pruebas se realizaron en orden aleatorio. Las respuestas cardiopulmonares y metabólicas se monitorizaron mediante ergoespirometría y cardiografía de impedancia. Se evaluaron diez dominios de comodidad / incomodidad de usar una mascarilla mediante un cuestionario. Los parámetros de función pulmonar fueron significativamente menores con la mascarilla (volumen espiratorio forzado: 5.6 ± 1.0 vs 5.3 ± 0.8 vs 6.1 ± 1,0 l / s con sm, ffpm y nm, respectivamente; p = 0.001; flujo espiratorio máximo: 8.7 ± 1.4 vs 7.5 ± 1.1 frente a 9.7 ± 1.6 l / s; p <0.001). La potencia máxima fue 269 ± 45, 263 ± 42 y 277 ± 46 W con sm, ffpm y nm, respectivamente; p = 0.002; la ventilación se redujo significativamente con ambas mascarillas (131 ± 28 vs 114 ± 23 vs 99 ± 19 l / m; p <0.001). La respuesta máxima de lactato en sangre se redujo con la mascarilla. El gasto cardíaco fue similar con y sin mascarilla. Los participantes informaron una incomodidad constante y marcada al usar las mascarillas, especialmente FFPm. **La ventilación, la capacidad de ejercicio cardiopulmonar y la comodidad se reducen con las mascarillas quirúrgicas y se ven muy afectadas por las mascarillas faciales FFP2 / N95 en individuos sanos**. Estos datos son importantes para las recomendaciones sobre el uso de mascarillas faciales en el trabajo o durante el ejercicio físico.

Los profesionales de la salud informan de los efectos secundarios del uso prolongado de EPP (equipo de protección personal) cuando atienden a pacientes con Covid-19. Un estudio profundiza en varios efectos adversos del uso prolongado de mascarillas y brinda recomendaciones para aliviar la carga de los profesionales de la salud. Se realizó un estudio transversal entre profesionales de la salud, ubicados principalmente en la ciudad de Nueva York, que trabajaron en el hospital durante la pandemia de Covid-19. Todos los encuestados completaron una encuesta anónima que consta de veintiuna preguntas sobre los efectos adversos del EPP, el historial médico y la demografía. Las conclusiones fueron que **el uso prolongado de N95 y mascarillas quirúrgicas por parte de los profesionales de la salud durante el Covid-19, ha causado efectos adversos como dolores de cabeza, erupción cutánea, acné, rotura de la piel y deterioro cognitivo en la mayoría de los encuestados**. Descansos frecuentes, mejor hidratación y descanso, cuidado de la piel y mascarillas cómodas potencialmente diseñadas de nuevo son recomendaciones para el manejo futuro de los efectos adversos relacionados con el uso prolongado de la mascarilla.

En un estudio, caracterizaron la superficie de veinte tipos diferentes de mascarillas de tela utilizando el método de análisis de imágenes ópticas. La eficacia de filtrado de las mascarillas faciales de tela seleccionadas se midió utilizando el método de recuento de partículas. También estudiaron los efectos del lavado, secado y estiramiento sobre la calidad de una mascarilla. El tamaño de los poros de las mascarillas varió de 80 a 500 µm, que era mucho más grande que la materia particular que tenía un diámetro de 2.5 µm o menos (PM2.5) y un tamaño de 10 µm o menos (PM10). La eficiencia de filtrado de PM10 de cuatro de las mascarillas seleccionadas osciló entre el 63% y el 84%. **La escasa eficacia de filtrado puede deberse a poros abiertos y más grandes presentes en las mascarillas. Curiosamente, encontraron que la eficiencia se redujo en un 20% después del cuarto ciclo de lavado y secado**. Observaron un cambio en el tamaño y la forma de los poros y una disminución de las microfibras dentro de los poros después del lavado. El estiramiento de la superficie de las mascarillas de tela también alteró el tamaño de los poros y potencialmente disminuyó la eficiencia de filtrado. En comparación con las mascarillas de tela, las quirúrgicas / de papel utilizadas con menos frecuencia, tenían redes complicadas de fibras y poros mucho más pequeños en múltiples capas en comparación con las mascarillas de tela y, por lo tanto, tenían una mejor eficiencia de filtrado. Este estudio mostró que la eficiencia de filtrado de las mascarillas faciales de tela era relativamente menor, y las prácticas de lavado y secado deterioraron la eficiencia. Creen que los hallazgos de este estudio serán muy útiles para aumentar la conciencia pública y ayudar a las agencias gubernamentales a crear pautas y políticas adecuadas para el uso de mascarillas faciales.

Para tratar de evaluar la efectividad de las mascarillas quirúrgicas y de algodón en el filtrado del SARS-CoV-2, se realizó un estudio y encontraron que **ni las mascarillas quirúrgicas ni de algodón filtraron eficazmente el SARS-CoV-2 durante la tos de los pacientes infectados**. La evidencia previa de que las mascarillas quirúrgicas filtran eficazmente el virus de la influenza informó las recomendaciones de que los pacientes con Covid-19 confirmado o sospechado deben usar mascarillas para prevenir la transmisión. Sin embargo, se desconocen el tamaño y las concentraciones de SARS-CoV-2 en los aerosoles generados durante la tos. Oberg y Brousseau demostraron que las mascarillas quirúrgicas no mostraban un rendimiento de filtrado adecuado frente a aerosoles de 0.9, 2.0 y 3.1 µm de diámetro. Lee y sus colegas demostraron que las partículas de 0.04 a 0.2 µm pueden penetrar las máscaras quirúrgicas. **El tamaño de la partícula de SARS-CoV del brote de 2002-2004 se estimó entre 0.08 y 0.14 µm; suponiendo que el SARS-CoV-2 tenga un tamaño similar, es poco probable que las mascarillas quirúrgicas filtren eficazmente este virus. Tanto las mascarillas quirúrgicas como las de algodón parecen ser ineficaces para prevenir la diseminación del SARS-CoV-2 de la tos de los pacientes con Covid-19** al medio ambiente y la superficie externa de la mascarilla.

En un estudio, analizaron las consecuencias de usar la mascarilla mientras se hace ejercicio y llegaron a la conclusión de que **hacer ejercicio con ellas ajustadas induce un ambiente de hipoxia hipercápnica [intercambio inadecuado de oxígeno y dióxido de carbono]**. **Este ambiente ácido tanto**

a nivel alveolar como de los vasos sanguíneos induce numerosas alteraciones fisiológicas al hacer ejercicio con mascarillas: 1) desplazamiento metabólico; 2) estrés cardiorrespiratorio; 3) altercados del sistema excretor; 4) mecanismo inmunológico; 5) cerebro y sistema nervioso. **Aunque se percibe que las mascarillas son las barreras para prevenir los depósitos de aerosoles en el tracto respiratorio, la realidad es que aumentan el riesgo de infecciones más profundas del tracto respiratorio**. Según lo citado por Perencevich et al. 2020, "**La persona sana promedio no debería usar máscaras, ya que crea una falsa sensación de seguridad y las personas tienden a tocarse la cara con más frecuencia en comparación con no usar mascarillas**". Se debate sobre si las mascarillas quirúrgicas atrapan las gotitas que contienen el virus en su interior, aumentando en lugar de reducir el riesgo de infección.

Para el director del NIH, el mandato del uso de mascarillas en las escuelas, no tiene base científica. El Dr. Vernon Coleman afirma que las mascarillas producen cáncer. Sobre el uso de las mascarillas, además de sobre otras cosas, el Dr. Franz Allerberger, director de la Agencia Austriaca de Salud y Seguridad Alimentaria (AGES), ha hecho una declaraciones tremendamente directas y esclarecedoras. También los doctores Peter McCullough y Jay Bhattacharya, han hablado, entre otros, sobre ese tema y el Dr. Jeffrey Barke en referencia a los niños, al igual que el Dr. Vinay Prasad, la Dra. Stefani Reinold: "Los padres deciden, ¡no a las mascarillas para los niños en el colegio!; y la Dra. Lee Merritt:

"**Son inútiles, el 97% de las partículas pasan por las mascarillas**, por lo que no ayudan a controlar los virus. Además, enmascarar a los niños los 'daña' de muchas maneras y les ocasionará 'problemas de por vida'.

Comprender las emociones es importante para la interacción social, y las mascarillas que obstruyen el rostro pueden influir en la forma en que los humanos pueden inferir emociones mediante la observación. **Es especialmente pronunciado en niños de tres a cinco años y puede afectar el desarrollo de su razonamiento social y emocional**. Los niños comienzan a comprender diferentes estados emocionales desde la infancia. Por ejemplo, a los cuatro meses, comienzan a discriminar los movimientos faciales asociados con la ira o la felicidad. Posteriormente, comienzan a discriminar la sorpresa y luego pueden aprender a diferenciar las diferentes intensidades de las emociones. Dentro de su primer año, comienzan a participar en referencias sociales; para el segundo año, desarrollan conceptos más abstractos".

Además, Merritt dice que **los niños pueden estar desarrollando germofobia**, entre otras cosas. Los niños pueden sentir mucha ansiedad por los gérmenes, especialmente cuando el distanciamiento social se ha convertido en la norma. No solo eso, la forma en que se maneja el Covid-19, Merritt cree que la sociedad les está dando a los niños un miedo generalizado al mundo que los rodea.

El organismo oficial que coordina las diversas organizaciones pediátricas de Bélgica ha pedido que **se eliminen las medidas actuales contra el coronavirus en las escuelas para niños menores de 12 años**. Según ellos,

estas medidas **son más dañinas para un niño que adquirir una infección por Covid**.

Un grupo de pediatras que representan a la academia se opone a las pruebas Covid, la cuarentena y el uso de mascarillas para este grupo de edad. Según ellos, "**hacer test a los niños, imponer mascarillas bucales y cuarentena va en contra del principio de 'primum non nocere' (primero, no hacer daño) que está incluido en el juramento hipocrático que tomaron los médicos**".

Los pediatras apoyaron su postura con una serie de razones y afirman que "**estas acciones drásticas hacen mucho más daño a los niños a corto y largo plazo que pasar la infección en sí**".

La mascarilla se ha politizado tanto que impide la consideración racional de la evidencia (incluso más allá de las líneas políticas) y genera niveles de acritud, acciones odiosas, desdén y villanía entre quienes la usan entre sí que se sienten amenazados por el individuo que no quiere o no puede usar una.

Existe un daño psicológico tremendo para los bebés y los niños, con posibles impactos catastróficos en el desarrollo cognitivo **de los** niños. Esto es aún más crítico en relación con los niños con necesidades especiales o aquellos dentro del espectro del autismo que necesitan poder reconocer las expresiones faciales como parte de su desarrollo contínuo. **La evidencia acumulada también sugiere que el uso prolongado de mascarillas en niños o adultos puede causar** daños, tanto que el Dr. Blaylock afirma que "**la conclusión es que [si] no está enfermo, no debe usar una mascarilla**". Además, el Dr. Blaylock escribe: "**Al usar una mascarilla, los virus exhalados no podrán escapar y se concentrarán en los conductos nasales, entrarán en los nervios olfativos y viajarán al cerebro**".

Una vez analizados los trabajos de investigación, es decir, la verdadera realidad científica experimental independiente y las opiniones de algunos expertos también independientes, podemos observar:

Ningún estudio de ensayos controlados aleatorios (randomized controlled trial, RCT) con resultado verificado muestra un beneficio para el personal sanitario o los miembros de la comunidad al usar una mascarilla o respirador. Del mismo modo, no existe ningún estudio que muestre un beneficio de una política amplia para usar mascarillas en público. **Si realmente hubiera algún beneficio de usar una mascarilla, debido al poder de bloqueo contra las gotas y las partículas de aerosol, entonces debería haber más beneficio de usar un respirador N95 en comparación con una mascarilla quirúrgica, pero, como hemos podido comprobar, las publicaciones analizadas demuestran que no existe tal beneficio relativo**.

En el mejor de los casos, los mandatos de mascarillas **no hacen nada para reducir la propagación del coronavirus a nivel de la sociedad**. **En el peor de los casos, provocan una mayor transmisión de Covid-19 y la muerte**.

El último caso es Oregon, donde hace un mes la gobernadora demócrata Kate Brown instituyó un mandato de máscara totalitaria. Como informa National Review:

El 24 de agosto, la gobernadora de Oregón, Kate Brown, estableció un requisito de enmascaramiento estatal, tenía 49 889 casos activos de Covid-19. El 21 de septiembre, Oregon tenía 86 623 casos activos de Covid-19, **un aumento del 73%** desde el día en que el gobernador anunció el requisito de mascarillas para exteriores. No es un caso aislado:

Las muertes reportadas recientemente en Hawai han aumentado un 1740% en los últimos dos meses a pesar de uno de los mandatos de mascarillas más largos del mundo y un cumplimiento abrumador.

Los casos en Corea del Sur han estado en niveles récord durante casi 3 meses a pesar del cumplimiento de la mascarilla del 99% y las multas por incumplimiento.

Singapur ha alcanzado oficialmente un nuevo récord en casos, 527 días después de su mandato de mascarillas y con el 82% de su población completamente "vacunada".

Si comparamos la trayectoria de Los Ángeles (con mandato de mascarillas los 2 últimos meses) con el condado de Orange (sin mandato de mascarillas), la trayectoria es muy similar, pero con mejores datos para el condado de Orange lo cual indica, que **la utilidad de la mascarilla es cero**. De igual forma, si comparamos Arizona y Nevada, las gráficas de contagios son muy similares, hasta la imposición de la mascarilla en Nevada los últimos 2 meses, entonces la gráfica muestra un aumento en los contagios mucho mayor que para Arizona sin mandato de mascarillas.

Los casos en Alaska son **los más altos que jamás hayan existido y los más altos en los Estados Unidos**, con mandato de mascarillas y con el 50% de la población vacunada ddesde el 20 de mayo.

Otro dato importante, **es que países en los que no se usa la mascarilla, se acercan a cero** muertes diarias y presentan mejores datos de contagios que otros países con mandatos de mascarillas.

Hasta el propio Fauci reconoce que no son útiles: "**La mascarilla típica que compras en la farmacia no es realmente eficaz para evitar el virus, que es lo suficientemente pequeño como para atravesar el material**". Esto fue compartido por el ex-asesor de virus y epidemiólogo de Joe Biden, Michael Osterholm, director del Centro de Investigación y Política de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Minnesota. Él dijo en agosto: "Conocemos hoy en día que **muchos de los revestimientos de la cara de tela que usa la gente no son muy eficaces en la reducción de cualquiera de los virus de movimiento dentro o hacia fuera**".

No deberíamos preguntarnos simplemente qué tan efectiva es la prescripción de enmascaramiento si una persona hipotética (responsable) usa una mascarilla hipotética (N-95) mantenida y la usa de una manera hipotética (desinfectada y ajustada adecuadamente), sino: ¿Cómo aplicará la población en general la recomendación?

Por lo general, **usarán las mascarillas de la manera incorrecta, con la higiene incorrecta**. Nada de esto quiere decir que los mandatos de mascarillas no tengan ningún efecto. De hecho, como hemos visto, los estudios han encontrado que **las mascarillas se convierten en placas de Petri cargadas de patógenos en la cara de las personas, pueden restringir la ingesta de oxígeno e inducir niveles peligrosamente altos de dióxido de carbono en el torrente sanguíneo de las personas, pueden introducir micropartículas de plástico nocivas para la salud en los sistemas del usuario, pueden causar problemas en la piel, pueden exacerbar ansiedad y dificultades respiratorias en los niños, y puede conducir a un desarrollo facial alterado en los niños debido a la respiración bucal continua. Además, están las consecuencias psicológicas y sociales muy graves**.

Para comprender por qué las mascarillas no pueden funcionar, debemos revisar el conocimiento establecido sobre:

- Las enfermedades respiratorias virales.
- El mecanismo de variación estacional del exceso de muertes por neumonía e influenza.
- El mecanismo de aerosol de la transmisión de enfermedades infecciosas.
- La física y química de los aerosoles y el mecanismo de la llamada dosis mínima infecciosa.
- Además de las pandemias que pueden ocurrir en cualquier momento, en las latitudes templadas existe una carga adicional de mortalidad por enfermedades respiratorias que es estacional y que es causada por virus.

En un estudio, demostraron que el fenómeno de la virulencia de virus transmitidos por el aire es dependiente de la humedad en la transmisión real de enfermedades entre cobayas y discutieron los posibles mecanismos subyacentes para el efecto de control medido de la humedad. El mecanismo subyacente es que las partículas o gotitas de aerosol cargadas de patógenos se neutralizan dentro de una vida media que disminuye monótona y significativamente al aumentar la humedad ambiental. Esto se basa en el trabajo fundamental de Harper. Harper demostró experimentalmente que **las gotitas portadoras de patógenos virales se inactivaban en tiempos cada vez más cortos, a medida que aumentaba la humedad ambiental**.

Harper argumentó que **los virus en sí mismos se volvieron inoperantes por la humedad** (“descomposición viable”), sin embargo, admitió que el efecto

podría deberse a la eliminación física mejorada por la humedad o la sedimentación de las gotas ("pérdida física").

La última ("pérdida física") parece más plausible, ya que la humedad tendría un efecto físico universal de causar el crecimiento y sedimentación de partículas/gotitas, y todos los patógenos virales probados tienen esencialmente la misma "descomposición" impulsada por la humedad. Además, es difícil entender cómo un virión (de todos los tipos de virus) en una gota sería atacado o dañado molecular o estructuralmente por un aumento de la humedad ambiental. Un "virión" es la forma infecciosa completa de un virus fuera de la célula huésped, con un núcleo de ARN o ADN y una cápside. El mecanismo real de tal "desintegración viable" intragotita impulsada por la humedad de un virión no ha sido explicado ni estudiado.

Un estudio histórico, mostró que el patrón estacional de mortalidad por enfermedades respiratorias adicionales puede explicarse cuantitativamente sobre la base única de la humedad absoluta y su impacto de control directo en la transmisión de patógenos transportados por el aire. La explicación no depende del mecanismo particular de la desintegración de viriones en aerosoles / gotitas impulsada por la humedad. El modelo de Shaman demostrado cuantitativamente de epidemiología viral regional estacional es válido para cualquier mecanismo (o combinación de mecanismos), ya sea "descomposición viable" o "pérdida física".

El gran avance logrado no es simplemente desde un punto de vista académico. Más bien, tiene profundas implicaciones en las políticas de salud, que se han ignorado o pasado por alto por completo en la actual pandemia de coronavirus. En particular, el trabajo de Shaman implica necesariamente que, **en lugar de ser un número fijo (que depende únicamente de la estructura espacio-temporal de las interacciones sociales en una población completamente susceptible y de la cepa viral), el número de reproducción básico de la epidemia (R_0) es altamente o predominantemente dependiente de la humedad absoluta del ambiente**.

Las enfermedades respiratorias virales infecciosas estacionales que azotan las latitudes templadas cada año pasan de ser intrínsecamente levemente contagiosas a virulentamente contagiosas, debido simplemente al modo biofísico de transmisión controlado por la humedad atmosférica, independientemente de cualquier otra consideración.

La alta transmisibilidad impulsada por la sequedad (R_0 grande) surge de pequeñas partículas de aerosol suspendidas fluidamente en el aire; a diferencia de las gotas grandes que se eliminan rápidamente del aire por gravedad. Estas pequeñas partículas de aerosol suspendidas en forma fluida en el aire, de origen biológico, son de todas las variedades y están en todas partes, incluso hasta del tamaño de los viriones. Más concretamente, se ha demostrado que existen concentraciones de virus en el aire en interiores (en guarderías, centros de salud y aviones a bordo) principalmente como partículas de aerosol de diámetros inferiores a 2.5 µm.

Estas partículas pequeñas (<2.5 μm) forman parte de la fluidez del aire, no están sujetas a sedimentación gravitacional y no serían detenidas por un impacto inercial de largo alcance. **Esto significa que el más mínimo (incluso momentáneo) desajuste facial de una mascarilla o respirador hace que la norma de filtrado de diseño de la mascarilla o respirador sea completamente irrelevante**. En cualquier caso, **el propio material de filtración de N95 (tamaño medio de poro ~ 0.3-0.5 μm) no bloquea la penetración del virión, al igual que las mascarillas quirúrgicas**.

La eficacia **de la detención de la mascarilla y la inhalación del huésped son solo la mitad de la ecuación, porque también debe considerarse la dosis infecciosa mínima (MID)**. Por ejemplo, si una gran cantidad de partículas cargadas de patógenos deben ser entregadas al pulmón dentro de un cierto tiempo para que la enfermedad se asiente, entonces el bloqueo parcial con cualquier mascarilla o paño puede ser suficiente para marcar una diferencia significativa. Por otro lado, **si la MID es ampliamente superada por los viriones transportados en una sola partícula de aerosol capaz de evadir la captura de la mascarilla, entonces la mascarilla no tiene utilidad práctica, que es el caso**.

Si algo pasa (y siempre pasa, independientemente de la mascarilla), entonces vas a estar infectado. **Es imposible que las mascarillas funcionen**. Por lo tanto, no es sorprendente que ningún estudio libre de prejuicios haya encontrado alguna vez un beneficio de usar una mascarilla o respirador.

Como se mencionó anteriormente, **no existe ningún estudio que muestre un beneficio de una política amplia para usar mascarillas en público**. Hay una buena razón para esto. Sería imposible obtener resultados inequívocos y sin sesgos:

- Cualquier beneficio del uso de mascarillas tendría que ser un efecto pequeño, ya que no se detectaría en experimentos controlados, que se verían inundados por los efectos más grandes, en particular el gran efecto del cambio de humedad atmosférica.
- Se desconocerían los hábitos de cumplimiento y ajuste de la mascarilla.
- El uso de mascarillas está asociado (correlacionado) con varios otros comportamientos de salud.
- Los resultados no serían transferibles debido a los diferentes hábitos culturales.
- El cumplimiento se logra mediante el miedo, y las personas pueden habituarse a la propaganda basada en el miedo y pueden tener respuestas básicas dispares.
- El seguimiento y la medición del cumplimiento son casi imposibles y están sujetos a grandes errores.

- La autoevaluación (como en las encuestas) es notoriamente sesgada, porque los individuos tienen la creencia egoísta de que sus esfuerzos son útiles.

- La progresión de la epidemia no se verifica con pruebas confiables en grandes muestras de población y generalmente se basa en visitas o ingresos hospitalarios no representativos.

- Varios patógenos diferentes (virus y cepas de virus) que causan enfermedades respiratorias generalmente actúan juntos, en la misma población y/o en individuos, y no se resuelven, aunque tienen características epidemiológicas diferentes.

Considerando todo lo expuesto anteriormente, podemos llegar a dos conclusiones importantes:

- La hipótesis que defienden los creyentes en el discurso oficial de que aunque el supuesto virus (científicamente no se ha demostrado su existencia) sea más pequeño que el más pequeño de los diámetros de poros que nos pueden ofrecer las mascarillas de las que disponemos, dichas mascarillas son igualmente efectivas para detener el virus; es errónea, a nivel experimental lo que podemos ver, es que las mascarillas no sólo no protegen contra el supuesto virus, sino que tampoco evitan la propagación de la supuesta enfermedad (no se ha demostrado científicamente que el SARS-CoV-2, sea el causante del síndrome conocido como Covid-19).

- Las mascarillas contribuyen a que se puedan ocasionar problemas de salud de distinta gravedad en los usuarios y muy especialmente en niños. Así pues, lo más lógico, científicamente recomendable y beneficioso para todos, es que las mascarillas no sean utilizadas por nadie en general y particularmente por los niños.

Una vez más, **la ciencia desmuestra que el discurso oficial es profundamente erróneo y que carece de cualquier justificación científica que lo respalde**.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21)).

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

Según el discurso oficial, la enfermedad Covid, es una enfermedad respiratoria que se produce en los pulmones y en la que el virus utilizando la proteína espiga, se replica entrando en las células a través de los receptores ACE2 de las mismas.

Curiosamente, esos receptores apenas se expresan en las células pulmonares, donde sí que lo hacen y ampliamente, es en los ovarios. Hay unas proteínas

retrovirales humanas (1), llamadas sincitinas, que presentan homologías muy importantes con la proteína espiga del SARS-CoV-2. Para ser más exactos, dicha homología, se da con: la sincitina 1 (Syn1) (codificada por los HERV-W que se encuentran en el cromosoma 7 humano) y con la sincitina 2 (Syn2) (que se encuentra en el cromosoma 6); también con los retrovirus de tipo "K" (HERK). Es lógico pensar que se van a producir interferencias, dada la similitud de la proteína del virus y las nuestras. Los retrovirus endógenos de tipo K (HERV-K) se han relacionado con enfermedad de las motoneuronas (las parálisis), que se pueden producir por reacción cruzada o por aumento de expresión, en un número importante de vacunados. Las sincitinas de tipo 1, al producir la fusión de la trofoblasto en sincitiotrofoblasto, son imprescindibles para una adecuada formación de la placenta. Si por casualidad dicha fusión no tuviera lugar adecuadamente por alguna reacción cruzada con las sincitinas 1, puede darse la placentogénesis normal **pudiendo producir una preeeclampsia y el grave síndrome de HELLP** (que tiene bastantes síntomas similares con los de la Covid-19 grave) y también, **puede facilitar el ABORTO**. Además de lo dicho anteriormente, es importante recordar que la sincitina 1, es imprescindible para la fecundación en sí misma, ya que es de vital importancia para que tenga lugar la fusión entre el óvulo y el espermatozoide; de igual forma, sabemos que la sobreexpresión de la sincitina 1, está relacionada con **enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple, la diabetes tipo 1 y la esquizofrenia** (2) (3) (4) (5) (6) (7).

Hace unos 8 meses, **los doctores Michael Yeadon y Wolfgang Wodarg, enviaron una petición a la EMA, advirtiendo de los peligros de las "vacunas" para las embarazada** (8). Ambos médicos exigieron que se suspendieran todos los estudios de la "vacuna" contra el SARS CoV-2, en particular el estudio de BioNtech/Pfizer sobre su "vacuna" BNT162b.

Sus preocupaciones se dividieron en los siguientes puntos:

1) **La formación de los llamados "anticuerpos no neutralizantes" que pueden conducir a una reacción inmune agresiva y exagerada, especialmente cuando el individuo "vacunado" entra en contacto con el virus real ("salvaje") después de la inyección**. Esta "**amplificación dependiente de anticuerpos" (ADE)** se ha conocido a partir de experimentos con vacunas de coronavirus en gatos, que inicialmente toleraron la vacunación pero murieron después de contraer el virus "salvaje".

2) Se espera que las vacunas produzcan anticuerpos contra las proteínas de pico del SARS-CoV-2. Sin embargo, como dije antes, **las proteínas de pico presentan homologías con la sincitinas, que son esenciales para la formación de la placenta en mamíferos como los humanos. Debe descartarse que una "vacuna" Covid-19 podría desencadenar una reacción inmune contra la sinctina-1, ya que de lo contrario la infertilidad de duración indefinida podría resultar en mujeres "vacunadas"**.

3) Las "vacunas" de ARNm de BioNTech/Pfizer contienen **polietilenglicol (PEG). El 70% de las personas desarrollan anticuerpos contra esta sustancia, lo que significa que muchas personas pueden desarrollar reacciones alérgicas potencialmente mortales a la "vacuna"**.

4) El estudio de Pfizer (en ese momento) no permite una estimación realista de los efectos tardíos de la "vacuna" Covid-19. Millones de personas estarían expuestas a un riesgo inaceptable una vez que se aprobaran las "vacunas".

Durante una reciente conferencia el Dr. Yeadon, mencionó que recientemente se realizó un estudio en 15 mujeres que recibieron la vacuna Pfizer, se extrajeron muestras de sangre cada pocos días y los investigadores midieron los anticuerpos contra la proteína de pico. En el estudio, **los investigadores también midieron los anticuerpos contra la placenta y encontraron que dentro de los primeros 1-4 días, se producía un aumento de dos y medio a 300% en los anticuerpos contra su propia placenta**.

El Dr. Yeadon dijo que no puede estar seguro de cuál será el efecto y no está seguro de si será suficiente para causar pérdidas en el primer trimestre, pero dijo que cree que sí porque la literatura académica muestra que **las mujeres que tienen enfermedades autoinmunes tienen "más probabilidades de tener pérdidas en el primer trimestre", y lo que ha hecho esta vacuna es "inducir una respuesta autoinmune"**. "**Lamento decir esto, pero ese es un ataque autoinmune inducido por la "vacuna" en su propia placenta, y creo que solo se puede esperar que eso suceda en todas las mujeres en edad fértil**".

"El problema autoinmune es obvio puesto que el cuadro inflamatorio de la 'Covid grave' se corresponde muy bien con **un síndrome hemofagocítico** (proceso caracterizado por la proliferación y activación anómala de macrófagos y linfocitos inflamatorios) y a mi juicio los síndromes hemofagocíticos **son característicos de procesos tóxicos o degenerativos del llamado sistema inmune**. Hasta ahora se habían observado principalmente en niños, a veces después de determinadas vacunaciones, por lo que habría que estudiar la posibilidad de que sean ocasionados por desregulación de los gammaretrovirus endógenos.

Todas las vacunas víricas para humanos están cultivadas en células embrionarias de otras especies animales que contienen sus propios virus, entendidos éstos como paquetes de información genética con función regulatoria. Y al realizarse ese cultivo interespecie se producen recombinaciones víricas quiméricas que resultan tóxicas por transmitir a las células mensajes aberrantes. **Si la recombinación se produce entre gammaretrovirus (que tienen funciones muy importantes en la regulación de la inmunidad innata) se favorecería un tipo de respuesta alterada como es el síndrome hemofagocítico**".

Técnicamente se produce por desregulación a la baja de la expresión en la célula endotelial del receptor ACE2, proteína de la membrana celular con función enzimática que se encuentra distribuida por todo el organismo cumpliendo

numerosas funciones. Una de ellas es la regulación de la presión arterial y, por tanto, del flujo sanguíneo a numerosos tejidos y órganos. También es receptor de diversas proteínas codicadas por retrovirus endógenos como las sincitinas y las sinapsinas, con funciones específicas como la formación de la placenta, la unión óvulo-espermatozoide en la fecundación, la maduración testicular y la transmisión del impulso nervioso en las sinapsis neuronales".

También se expresan en los testículos, para ser más exactos, en las células productoras de testosterona, llamadas células de Leydig. Si por casualidad, como consecuencia de la proteína trasgénica vacunal o de la formación de un depósito de complejos antígeno-anticuerpo en el testículo o del ARN vacunal (silenciamiento génico); tuviera lugar algún tipo de interferencia con el receptor ACE2, **podría dar lugar a infertilidad**, la probabilidad de sufrir impotencia aumenta casi 100 veces después de la "vacuna" Covid en comparación con otras vacunas. Es importante recordar que el ACE2, es un elemento constitutivo del testículo, es decir, no es dependiente de las hormonas y eso llevaría a que no se produjera la maduración en el testículo. Es imprescindible para que se produzca testosterona en el testículo y obviamente, para la maduración de las células de Leydig. El receptor ACE2, también se expresa en las células de Sartoli, con lo cual, también podría existir interferencia con la formación de espermatozoides (9) (10) (11) (12).

El receptor ACE2, además de en ovarios y testículos, lo podemos encontrar en: neumocitos tipo ii, corazón, riñón, endotelio vascular en general, plaquetas (lo cual, producirá una activación plaquetaria con la inoculación y, esto a su vez, puede producir procesos trombóticos, como ya hemos comprobado).

La infección se basa en la unión de la proteína S (glucoproteína de pico) a la ACE (enzima convertidora de angiotensina) 2 en las células huésped. El endotelio vascular puede ser infectado por el SARS-CoV-2 que desencadena la producción de especies de oxígeno reactivo mitocondrial, así como, el cambio glucolítico. Paradójicamente, la ACE2 es protectora en el sistema cardiovascular y la proteína S promueve la lesión pulmonar al disminuir el nivel de ACE2 en los pulmones infectados. Ha quedado demostrado, que la proteína Spike, por sí sola puede dañar las células endoteliales vasculares por regulación a la baja de los ACE2, y consecuentemente inhibiendo la función mitocondrial. Se ha comprobado, por tanto, que la proteína S, tiene un efecto directo sobre el endotelio vascular, que es la pared de células que recubre por dentro los vasos sanguíneos. El endotelio está relacionado con la vasodilatación y con la formación de trombos, al estar alterada la pared del endotelio, se pone en marcha una serie de mecanismos que son trombogénicos. Atendiendo a todo lo expresado anteriormente, se podría decir que **la enfermedad es vascular y no respiratoria**, lo cual, explica la formación de coágulos (también los formados tras la inoculación de ciertas "vacunas"), los derrames cerebrales, los daños arteriales en otras partes del cuerpo y otros síntomas como los "pies Covid"; todos con un común trasfondo vascular (13).

Evidentemente, con todo esto, **ha quedado demostrado científicamente, que la proteína S no se debería usar de ninguna forma, por ser patógena**; si se

eliminan las capacidades de replicación del virus, éste sigue teniendo un efecto dañino importante en las células vasculares, simplemente en virtud de su capacidad de unirse a este receptor ACE2, el receptor de la proteína S. La técnica CRISPR, que se basa en manipular el ADN haciendo cortes para un simple "copia y pega" y la fabricación de vacunas quiméricas altera el 'texto' y el 'contexto' de la misma forma que un disco dañado altera la transmisión del mensaje codicado en él. Pues bien, las quimeras (organismos o constructos de información genética de varias especies diferentes como dicen que es el SARS-CoV-2) y las "vacunas" para combatirlo quizá puedan transportar información a las células de esas y otras especies pero **resultan tóxicas porque actúan en un contexto desnaturalizado**. Y en ese sentido **la proteína espiga (o proteína S) de las 'vacunas' es genéticamente tóxica**".

La edición de genes CRISPR se presenta a menudo como un procedimiento sencillo, preciso y seguro. Pero los hallazgos de investigaciones recientes sobre la edición de genes **CRISPR para aplicaciones de terapia génica muestran que puede provocar daños masivos en los cromosomas**. El fenómeno se conoce como cromotripsis: "Una forma extremadamente dañina de reordenamiento genómico que resulta de la rotura de cromosomas individuales y la posterior reunión de las piezas en un orden aleatorio". Es una consecuencia en el objetivo previamente no apreciada de las roturas de doble cadena en el ADN que la edición de genes CRISPR está diseñada para producir.

El hecho de que el daño se produzca "en el objetivo", en el sitio de edición previsto, significa que cualquier intento de apuntar a la edición del gen CRISPR con mayor precisión no resolverá este problema, como se señala en el artículo de Nature Biotechnology uno de los investigadores en el estudio, David Pellman del Instituto de Cáncer Dana-Farber y la Escuela de Medicina de Harvard, que dijo: "No se puede hacer que esto desaparezca haciendo que el corte sea más específico".

La principal preocupación de la cromotripsis en entornos terapéuticos es que puede provocar cáncer o una enfermedad hereditaria en cualquier hijo del paciente afectado. Solo se necesitaría una sola célula para verse afectada por la cromotripsis y provocar un cáncer. Los autores de otro estudio, llaman sin rodeos a la cromotripsis "un proceso mutacional catastrófico" y advierten que es "una toxicidad en el objetivo que puede minimizarse mediante protocolos de manipulación celular o detección, pero que no puede evitarse por completo en muchas aplicaciones de edición del genoma".

La cromotripsis es solo el último de una larga lista de resultados no deseados inducidos por CRISPR que pueden ocurrir en el sitio de edición previsto y, por lo tanto, no se pueden evitar mejorando la orientación de CRISPR. A pesar de esto, los legisladores en el Reino Unido y la UE persisten en hacerse eco de las narrativas de los grupos de presión de la industria de que la edición de genes CRISPR es precisa y los resultados predecibles.

Aún con todo esto, dicha proteína, sí se sigue usando:

Uno de los métodos de inmunización contra Covid-19 implica la inyección de la proteína de pico purificada, genéticamente modificada, en el receptor para inducir una respuesta inmune frente al virus. Existen varios riesgos a largo plazo asociados con este enfoque. **La proteína espiga que se encuentra en estas "vacunas" puede inducir una enfermedad autoinmune**. Existen varias formas para generarla, una de ellas, es la inducida por la propagación del epítopo, cuando un antígeno extraño, como la proteína de pico, es presentado por una célula presentadora de antígeno que también tiene moléculas propias unidas a su moléculas MHC (14).

Además, como se ha comentado antes, dicha proteína, emplea como receptor, la enzima convertidora de angiotensina 2, que es una enzima que contiene Zn; esa interacción tiene el potencial para aumentar el Zn intracelular y se ha demostrado que los **iones de zinc causan la transformación de TDP-43 a su configuración patológica de priones**. **El plegamiento de TDP-43 y FUS en su prión patológico, está confirmado que causa esclerosis lateral amiotrófica (ELA), degeneración lobar fronto temporal (DLFT, es un término que engloba un grupo heterogéneo de enfermedades neuropatológicamente caracterizado por la presencia de inclusiones proteicas anormales en el citoplasma o en el núcleo de neuronas y células gliales), enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurológicas degenerativas** (15) (16) (17).

Las pequeñas nanopartículas que componen algunas de las nuevas "vacunas" de proteína de pico purificada Covid-19, tienen un mayor potencial para cruzar la barrera hematoencefálica, aumentando la penetración de la proteína en el cerebro, lo que podría conducir a un daño neurológico crónico.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25)).

MORTALIDAD-LETALIDAD

Lo primero, sería diferenciar entre ambos términos:

La tasa de mortalidad se calcula tomando como referencia a la población total, mientras que la de letalidad solo tiene en cuenta a las personas afectadas por una determinada enfermedad.

Según el discurso oficial, el virus es bastante peligroso (1), justificando así la "vacunación" masiva y obviando por completo la posibilidad de la utilización de tratamientos contra la enfermedad. Una vez más, la ciencia y el análisis independiente de los datos, han demostrado que dicho discurso, es erróneo; el virus presenta una mortalidad bastante baja, de 0.047 a 0.32% (2) (3) (4), inferior a la de la gripe común (5), 6 veces inferior a la de la gripe de 1918 (al inicio de la pandemia, se decía que eran similares) y por debajo de la calculada por la OMS (6). Otro detalle importante, es que la mortalidad más alta, se da

entre personas que padecían enfermedades previas, concretamente, el 99% de las muertes (7), morimos 100 veces menos por Covid-19 solo que por Covid-19 asociado con una o más comorbilidades. **Es por eso que, más que una pandemia, esta enfermedad se considera una** sindemia: **existe de manera abrumadora solo en personas previamente portadoras de comorbilidades (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.)**.

Si comparamos la mortalidad vial del 2020, con la mortalidad por Covid de enero de 2020 hasta julio de 2021, las propias cifras oficiales, parecen indicar, según el rango de edad, que ha habido más muertes en la carretera que por Covid (8). En un reciente estudio, realizado por el Dr. Ioannidis de la Universidad de Stanford, se analiza la tasa de letalidad por infección Covid-19 en distintas poblaciones y rangos de edad, con énfasis en los ancianos. La tasa de letalidad por la infección es aún menor de lo que se pensaba para poblaciones de alto riesgo por su elevada edad. Si traducimos los datos del estudio y los convertimos a tasa de supervivencia a la infección:

Rango de edad	Tasa media de letalidad (%)	Tasa media de supervivencia (%)
0-19	0.0027	99.9973
20-29	0.014	99.986
30-39	0.031	99.969
40-49	0.082	99.918
50-59	0.27	99.973
60-69	0.59	99.41
Más de 70	2.4	97.6
Media	0.47	99.51

La tasa de mortalidad por Covid-19 es más baja que la tasa de mortalidad por influenza; y ambos están fuertemente influenciados por la neumonía como causa sintomática de muerte. Un investigador ha profundizado en el historial de casos de gripe de los CDC y la OMS y ahora de casos de Covid. Ryan Christian tiene una extensa colección de publicaciones con docenas de citas de sus investigaciones (9). Su investigación en curso indica que el virus Covid-19 no es más mortal que la gripe; y Christian utiliza referencias históricas de muertes por influenza que se reportan en exceso y se combinan (10):

Citando un informe oculto de 2011 de la Organización Mundial de la Salud sobre el virus H5N1 aviar y un nuevo virus de influenza humana A (H1N1):" La política contra la pandemia nunca se basó en pruebas, sino en el miedo a los peores escenarios. […] En ambas pandemias de miedo, las afirmaciones exageradas de una grave amenaza para la salud pública se derivaron principalmente de la defensa de la enfermedad por parte de los expertos en influenza. En el altamente competitivo mercado de la gobernanza de la salud, la lucha por la atención, los presupuestos y las subvenciones, es feroz"

Y otro documento del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU: "Los datos estadounidenses sobre muertes por influenza son falsos y engañosos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconocen

una diferencia entre la muerte por influenza y la muerte asociada a la influenza, pero usan los términos indistintamente. Además, existen importantes incompatibilidades estadísticas entre las estimaciones oficiales y los datos de las estadísticas vitales nacionales. Para agravar estos problemas está la comercialización del miedo, una estrategia de comunicación de los CDC en la que los expertos médicos "predicen resultados nefastos" durante las temporadas de influenza.

Los ejemplos históricos citados establecen la línea de base para ver cómo se combinan tres conjuntos diferentes de enfermedades en 2021 para mantener una política de pandemia de Covid-19 basada en el miedo, los peores escenarios y datos falsos. **Desde el sitio web de los CDC nos dicen que las muertes por neumonía, influenza y Covid** (11) **(PIC) se informan como muertes por Covid-19 sin diferenciación:**

"Según los datos de vigilancia de mortalidad del NCHS disponibles el 29 de julio de 2021, el 7,4% de las muertes que ocurrieron durante la semana que finalizó el 24 de julio de 2021 (semana 29) se debieron a neumonía, influenza y/o Covid-19 (PIC). Este porcentaje está por encima del umbral epidémico del 5,5% para la semana 29 (12).

Entre las 1381 muertes por PIC reportadas para esta semana (semana 29), 642 tenían Covid-19 como una causa subyacente o contribuyente de muerte en el certificado de defunción, y una incluyó influenza, lo que indica que la mortalidad actual por PIC se debe principalmente a Covid-19 y no a influenza. Los datos presentados son preliminares y pueden cambiar a medida que se reciben y procesan más datos (13)"

Todas las muertes por neumonía, influenza y Covid (el grupo PIC) se informan exclusivamente como muertes por Covid; y todos esos datos dependen de cómo los hospitales "codifican" la muerte. Si todas las muertes están codificadas como muertes por Covid, entonces los datos de mortalidad de los CDC se compilan en base a líneas de base falsas.

Usando un método estadístico diseñado para detectar asociaciones transitorias, así como un modelo matemático, la investigación llevada a cabo por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), muestra que **el clima jugó un papel importante en modular la transmisión del virus durante las olas pandémicas en ambos hemisferios**. En abril de 2020, el Sindicato Médico De Rusia ya había advertido que: "**El coronavirus es una infección viral respiratoria aguda** clásica", y exigió que se dejara de sembrar pánico entre la población.

Un nuevo estudio liderado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), centro impulsado por la Fundación "la Caixa", proporciona **evidencia sólida de que la Covid-19 es una infección estacional asociada a temperatura y humedad bajas, similar a la gripe estacional**. Los resultados, publicados en Nature Computational Science, también subrayan la considerable

contribución de la transmisión por aerosoles y la necesidad de adoptar medidas que promuevan la "higiene del aire".

Una pregunta clave con respecto al SARS-CoV-2 es si se está comportando o se comportará como un virus estacional similar al virus de la gripe, o si se transmitirá con la misma intensidad a lo largo de todo el año. Un primer estudio con modelos teóricos sugirió que el clima no era un factor importante, dado el gran número de personas susceptibles sin inmunidad previa contra el virus. Sin embargo, algunas observaciones sugerían que la propagación inicial del virus en China ocurrió en una latitud entre 30 y 50o N, con bajos niveles de humedad y temperaturas (entre 5º y 11ºC).

"La cuestión de si la Covid-19 es una enfermedad realmente estacional se vuelve cada vez más importante, con implicaciones para la implementación de intervenciones efectivas", explica Xavier Rodó, director del programa de Clima y Salud de ISGlobal y coordinador del estudio. Para contestar esta pregunta, él y su equipo analizaron en primer lugar la asociación de temperatura y humedad en la fase inicial de la propagación del virus en 162 países de cinco continentes, antes de que se implementaran cambios en el comportamiento y en las políticas de salud pública. **Los** resultados **muestran una correlación negativa entre la tasa de transmisión (Ro) y la temperatura y humedad a nivel global: mayores tasas de transmisión se asociaron con temperaturas y humedad más bajas**.

En segundo lugar, el equipo analizó la evolución de esta asociación entre clima y enfermedad a lo largo del tiempo, y si era consistente a diferentes escalas geográficas. Para ello, usaron un método estadístico que se diseñó específicamente para identificar patrones de variación parecidos (es decir, una herramienta de reconocimiento de patrones) en diferentes ventanas de tiempo. De nuevo, encontraron una fuerte asociación negativa para pequeñas ventanas de tiempo entre número de casos y clima (temperatura y humedad), con patrones consistentes durante la primera, segunda y tercera olas de la pandemia y en diferentes escalas espaciales: globalmente, por países, por regiones en países fuertemente afectados (Lombardía, Thüringen, Cataluña), e incluso a nivel de ciudades (Barcelona).

Las primeras olas pandémicas menguaron al aumentar la temperatura y la humedad, y la segunda ola aumentó al disminuir la temperatura y la humedad. Sin embargo, este patrón se rompió durante el verano, en todos los continentes. "Esto podría deberse a varios factores, incluyendo concentraciones masivas de personas jóvenes, turismo, y aire acondicionado, entre otros," explica Alejandro Fontal, investigador de ISGlobal y primer autor del estudio.

Cuando se adaptó el modelo para analizar correlaciones transitorias a todas las escalas en países del hemisferio sur, donde el virus llegó más tarde, se observó la misma correlación negativa. Los efectos del clima fueron más evidentes a temperaturas entre 12º y 18ºC y niveles de humedad entre 4 y 12 g/m3, aunque el equipo investigador advierte que se trata de rangos indicativos, debido al tiempo limitado de registros.

Finalmente, usando un modelo epidemiológico, el estudio muestra que incorporar la temperatura en la tasa de transmisión funciona mejor para predecir la subida y bajada de las diferentes olas, particularmente la primera y la tercera en Europa. "**El conjunto de nuestros resultados apoya la idea de que la Covid-19 es una infección** verdaderamente estacional, **similar a la gripe y los otros coronavirus del resfriado común**," dice Rodó.

Esta estacionalidad podría contribuir de manera importante a la transmisión del SARS-CoV-2, ya que **las condiciones bajas de humedad reducen el tamaño de los aerosoles y por lo tanto aumentan la transmisión aérea de virus estacionales como la gripe**. "Esta asociación justifica poner el énfasis en la "higiene del aire" mediante una mejor ventilación de los espacios interiores, ya que los aerosoles pueden permanecer suspendidos durante más tiempo", dice Rodó, quien subraya la necesidad de incluir parámetros meteorológicos en la planeación y evaluación de medidas de control.

Un artículo reciente sugiere que en muchos países, las muertes por Covid se han informado en exceso, mientras que en otros, es posible que no se hayan informado. El estudio afirma que el recuento excesivo de muertes probablemente ocurrió en varios países, y lo más probable es que siga ocurriendo, específicamente en países con "pruebas intensivas y alta sensibilización y / o incentivos para los diagnósticos de Covid-19". En el otro lado de la moneda, en otros lugares, como África, por ejemplo, ha habido una aparente falta de información. El documento también señala que la atribución de muertes en el caso de Covid necesita "mucha precaución", y que las estimaciones de muertes en exceso están sujetas a una cantidad sustancial de variabilidad y también incluyen los efectos indirectos de la pandemia, así como los efectos de las medidas tomadas. Según el estudio; se sabe que los certificados de defunción, incluso antes de Covid, son propensos a errores. Agregue una pandemia con pautas poco claras sobre lo que es una muerte por Covid, y el problema empeora. Además, la forma en que se definen las muertes por Covid-19 no es estándar en todos los países, y el estudio señala que Covid-19 es una "sindemia" en la que la mayoría de las muertes ocurren en personas con varias enfermedades subyacentes.

En Perú, la cifra oficial de muertos fue revisada en junio de 69 342 a 185 380, luego de que el gobierno ordenara una revisión científica de los registros médicos. El nuevo recuento incluyó muertes sin pruebas o pruebas negativas. En junio de 2020, Salud Pública de Toronto (Canadá) tuiteó que "Las personas que han muerto con Covid-19, pero no como resultado de Covid-19, se incluyen en el recuento de casos de muertes por Covid-19 en Toronto". De hecho, la salud pública de Ontario (Canadá) establece claramente (nota al pie # 7) que las muertes se marcarán como muertes por Covid, ya sea que esté claro o no si la Covid fue la causa o contribuyó a la muerte. El Dr. Ngozi Ezike, Director del Departamento de Salud Pública de Illinois, señaló que todas las personas que fallecen y dan positivo en la prueba de Covid-19, independientemente de la causa de la muerte, se marcarán como una muerte de Covid-19.

En Alemania el 80% de las muertes atribuidas a la Covid se deberían a otras causas, señalan investigadores independientes. El director del instituto independiente de investigación en salud IGES de Berlín, Dr. Bertram Häussler, señala que es probable que el 80% de las muertes por Covid notificadas en Alemania por el Instituto Robert Koch (RKI, por la sigla en alemán), sean atribuibles a otras causas. "Hemos determinado que en un 80% de las muertes oficiales por Covid notificadas desde principios de julio, la infección subyacente se remonta a más de cinco semanas y, por tanto, hay que suponer que [el virus] Covid no fue la verdadera causa de la muerte". Unos 3.8 millones de personas sobrevivieron a la Covid o virus PCCh (Partido Comunista de China) y los cálculos matemáticos señalan que de ellas unas 100 morirían cada día por causas habituales de muerte. "Ahora sucede que esos casos se asignan a una infección de Covid, según los reportes del departamento de salud desde hace meses". "Se han reportado más muertes de las que realmente han sido causadas por Covid". El Dr. Häussler señala que el RKI sabe de la inexactitud de sus datos, y no hace nada por corregir esa situación: "Pero quieren asegurarse de que no falte ninguna muerte de Covid en las estadísticas. Ante la masificación de este tipo de informes, las estadísticas de mortalidad están cada vez más distorsionadas".

Covid-19 no es más mortal que la gripe A MENOS QUE se haya "vacunado"; en cuyo caso puede ser más peligroso. La "vacuna" es ineficaz para detener la enfermedad grave de Covid y, según sugieren los datos, en realidad puede empeorar las cosas, creando una necesidad perpetua de modificaciones continuas de refuerzo para contrarrestar el problema inicial.

En Italia el coronavirus ha matado mucho menos que una simple gripe, según el último informe oficial del ISS (Instituto Superior de Sanidad) sobre la mortalidad por Covid que no se actualizaba desde julio. El diario Il Tempo ha analizado las estadísticas de mortalidad publicadas por el INS. Los datos ponen de manifiesto la diferencia entre la "muerte por Covid" y la "muerte con Covid". La mayoría de las muertes ocurridas durante los dos últimos años de restricciones y privaciones se debieron principalmente al estado previo de los pacientes tuvieran o no tuvieran Covid.

Sólo el 2.9% de las muertes registradas desde finales de febrero de 2020 se cree que se deben al Covid-19. De las 130 468 muertes registradas por las estadísticas oficiales en el momento de la elaboración del nuevo informe, sólo 3.783 se deberían al poder del propio virus.

Todos los demás italianos que murieron tenían entre una y cinco enfermedades que, según el SSI, les dejaban pocas esperanzas. Incluso el 67.7% habría tenido más de tres enfermedades contemporáneas juntas, y el 18% al menos dos juntas.

Como la incidencia del Covid en el total de fallecidos es inferior al 3 por ciento, "no se explica el alarmismo que ha llevado a una determinada línea política a impulsar con tanta insistencia la 'vacuna' y las restricciones consideradas como

prerrogativa para salir de la emergencia sanitaria", comenta el diario Il Giornale d'Italia.

Las cifras no justifican el confinamiento, ni las restricciones, ni la campaña de "vacunación", ni la obligatoriedad del pasaporte sanitario.

El año pasado **sólo un 2% de las personas hospitalizadas en Francia tenían relación con el coronavirus**, según los datos de la ATIH (Agencia Técnica de la Información sobre Hospitalizaciones), encargada de recopilar todos los datos sobre los ingresos hospitalarios.

El porcentaje sube al **5% en el caso de ingresos en las unidades de cuidados intensivos**. **La mayor parte de los ingresados eran personas de edad avanzada y con patologías previas**.

En total, en Francia fueron hospitalizados 218 000 pacientes por coronavirus durante el año pasado. Los pacientes "con Covid" representan el 2% de todos los pacientes hospitalizados en 2020, en todos los ámbitos hospitalarios combinados.

Los hospitalizados no lo fueron sólo por "Covid" ya se apreciaron 18 tipos distintos de patologías entre ellos. **El 72% tenían una o más enfermedades preexistentes**. **Más de la mitad de los hospitalizados y diagnosticados como "Covid" tenían un factor de riesgo cardiovascular**, siendo los más comunes la hipertensión y la diabetes (que afectan al 39% y al 23% de los pacientes hospitalizados, respectivamente). El 15% de los pacientes diagnosticados como "Covid" en los hospitales **padecían una patología respiratoria crónica preexistente**. **Una cuarta parte de los pacientes hospitalizados sufría alguna carencia** (desnutrición, anemia crónica, deficiencia de vitamina D)

En el Reino Unido, desde el 7 de marzo de 2020 ha habido 250 725 muertes ocurridas en el hogar hasta el 27 de agosto de 2021, un aumento de 68 411 en el promedio de los 5 años anteriores. Pero solo 8249 de estas muertes están asociadas con la supuesta enfermedad Covid-19. Los datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales nos muestran que se han producido un exceso de muertes en el hogar todas las semanas entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, pero no se puede decir lo mismo de los hospitales o residencias de ancianos. En cambio, el exceso de muertes solo ha ocurrido en estos dos lugares en línea con la primera, segunda y tercera oleadas de supuestas muertes por Covid-19.

Las presuntas muertes por Covid-19 representan el 26% de todas las muertes en hospitales entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, mientras que el exceso de muertes en el hospital representa el 17% de todas las muertes en exceso que se han producido dentro del mismo período de tiempo. Las presuntas muertes por Covid-19 representan el 17% de todas las muertes en hogares de ancianos entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, mientras que el exceso de muertes en hogares de ancianos representa el 21% de todas las muertes en exceso que se han producido dentro del mismo período de tiempo.

Por lo tanto, podríamos creer que las muertes ocurridas en el hogar seguirían un patrón similar, pero la realidad está lejos de serlo. Las presuntas muertes por Covid-19 representan solo el 3% de todas las muertes en el hogar entre el 7 de marzo de 2020 y el 27 de agosto de 2021, mientras que el exceso de muertes en el hogar representa un enorme 62% de todas las muertes en exceso que se han producido dentro del mismo período de tiempo.

En marzo de 2020, se cancelaron más de 2 millones de operaciones para supuestamente liberar camas durante al menos tres meses para supuestos pacientes de Covid-19. No es difícil calcular el efecto de golpe que esto tendría en la salud de aquellos a quienes se cancelaron sus operaciones. Luego también tenemos el hecho de que los médicos de cabecera se negaron a participar en las consultas presenciales, prefiriendo en cambio realizarlas por teléfono o por videollamada. Por supuesto, esto habrá dado lugar a un diagnóstico perdido de una enfermedad grave que resulte en muertes que de otro modo no se habrían producido. Desde el inicio de la supuesta pandemia, el número de personas que esperan recibir tratamiento del NHS en Inglaterra ha aumentado en al menos una quinta parte. 5.3 millones de personas esperaban tratamiento en mayo de 2021. Se ha producido un aumento particularmente pronunciado en el número de personas que esperan más de un año, lo que ha provocado una preocupación generalizada por la magnitud del "retraso" del NHS.

Un atraso de ese tamaño, por supuesto, conducirá a una serie de muertes en el hogar que de otra manera no se habrían producido. Sin embargo, Sajid Javid, el secretario de Salud y Atención Social, advirtió que "va a empeorar mucho antes de mejorar" y podría crecer a 13 millones. Por lo tanto, es posible que podamos esperar que el exceso de muertes en hogares privados continúe durante algún tiempo. El problema de esto es que el miedo que lograron inculcar en la población en general llevó a muchos a no querer buscar atención médica por temor a ser una carga para el NHS, o contraer el virus si salen de su casa, que no tiene La duda conduce a muchas muertes innecesarias que ocurren en hogares privados.

El hecho de que el 62% de todas las muertes en exceso en los últimos 18 meses hayan ocurrido en el hogar, un total de 68 411 y solo el 3% de ellas, un total de 8249 tuvieron algo que ver con Covid-19, ciertamente sugiere que las actuaciones del Gobierno han causado más daño que la supuesta enfermedad de Covid-19, y las cosas no muestran signos de mejorar a corto plazo.

Physicians for Informed Consent (PIC), una organización educativa sin fines de lucro centrada en la ciencia y las estadísticas, ha publicado su declaración de información sobre enfermedades (DIS) Covid-19 actualizada, que aclara la tasa de mortalidad por infección (IFR) de la Covid-19 en diferentes grupos de edad y diferentes lugares de residencia.

La tasa de letalidad por infección (IFR) de Covid-19 se calcula dividiendo la cantidad de personas que mueren a causa de Covid-19 por la cantidad total de personas infectadas, incluidos los casos sintomáticos y asintomáticos. Una revisión sistemática de la Universidad de Stanford que incluyó 69 estudios de

anticuerpos estimó que el IFR de Covid-19 en los Estados Unidos varía de 0.3% a 0.4%. El análisis de datos aquí usa el punto medio de ese rango, 0.35%. Un IFR de 0.35% está respaldado por un análisis publicado en Clinical Infectious Diseases que estimó que había 44.8 millones de enfermedades sintomáticas por Covid-19 en febrero de 2020 en los EE. UU. Dado que el 33% de todas las infecciones por SARS-CoV-2 son asintomáticas, allí hubo un total estimado de 66.9 millones de infecciones en ese periodo de tiempo (44.8 millones / [100% -33%]). También hubo 213 000 muertes por Covid-19 en febrero-septiembre de 2020, lo que resultó en una IFR por Covid-19 de 0.32% (213,000 / 66.9 millones).

Cuando comenzó la pandemia a principios de 2020, se propuso que la Covid-19 podría tener una letalidad comparable a la influenza en 1918; sin embargo, **el IFR de la gripe de 1918 (2.25%) fue aproximadamente seis veces mayor que el IFR del Covid-19 (0.35%)**.

Más del 80% de las muertes por Covid-19 ocurren en personas de 65 años o más, mientras que menos del 0.1% de las muertes por Covid-19 ocurren en personas de 17 años o menos. Además, la Covid-19 grave es particularmente letal en hogares de ancianos. Por ejemplo, en 2020, el 59% de todas las muertes por Covid-19 en el estado de Massachusetts ocurrieron en centros de atención a largo plazo (LTC). La IFR nacional de Covid-19 es del 0.2% entre las personas que no viven en instituciones cuidados a largo plazo. Los casos de Covid-19 en personas de 65 años o más que residen en centros de atención a largo plazo (hogares de ancianos) tienen aproximadamente 30 veces más probabilidades de ser fatales que los casos de Covid-19 en personas de 65 años o más que no residen en residencias a largo plazo.

A 1 de julio de 2021, ya había 177.4 millones de infecciones por SARS-CoV-2 en EE. UU., lo que representa el 53.8% de la población de ese país. El ensayo clínico de la "vacuna" Johnson &SARS-CoV-2 constata que **una persona no "vacunada" previamente infectada con SARS-CoV-2 tiene un 99.9% de posibilidades de estar protegida contra una infección repetida**. La eficacia de la "vacuna" solo se ha analizado durante un período de dos a seis meses en ensayos clínicos, y no se sabe cuáles serán sus efectos a medio y largo plazo. Además, en general, **las personas que reciben la "vacuna" tienen un riesgo de dos a seis veces mayor de un evento adverso grave en comparación con aquellos que no reciben la "vacuna"**.

***Como ha quedado demostrado, en contra de lo que se cuenta con el discurso oficial para justificar la "vacunación" compulsiva de la población; la mortalidad del virus es bastante baja y por tanto, su peligrosidad también, no siendo mayor que la de una gripe común. Lo cual, transforma automáticamente en innecesaria la "vacunación" y más, cuando existen tratamientos alternativos mucho más eficaces que los sueros experimentales*.**

Además de lo mencionado sobre la "codificación", es muy importante recordar, que los datos reales de mortalidad y letalidad, serán muy inferiores a la que muestran los datos oficiales, sencillamente, porque dichos datos están siendo

recogidos empleando como método de diagnóstico el test PCR y, como quedó demostrado en el primer apartado, los porcentajes de error de esa forma de diagnóstico, son altísimos; así quedó recogido en una sentencia judicial del Tribunal de Apelaciones en Portugal (14) (que confirma otra sentencia previa en un tribunal ordinario (15)), en la que se especifica que de los casos diagnosticados, solo se aceptan como reales un 0.9 %, de tal forma, que de 17 000 diagnosticados con un PCR, solo se aceptan 152 (16); dice textualmente:

"**Sobre la base de la evidencia científica actualmente disponible, esta prueba [la prueba de RT-PCR] no es en sí misma capaz de determinar con certeza si la positividad corresponde realmente a una infección con el virus SARS-CoV-2, y por varias razones, dos de las cuales son fundamentales: la confiabilidad de la prueba depende del número de ciclos utilizados; la fiabilidad de la prueba depende de la carga viral presente**"

"Dadas las dudas científicas expresadas por los expertos, es decir, los que intervienen, sobre la fiabilidad de las pruebas de PCR, la falta de información sobre los parámetros analíticos de las pruebas y la falta de un diagnóstico médico sobre la presencia de una infección o una infección riesgo comprobado, este tribunal nunca puede determinar si C era realmente un portador del virus SARS-CoV-2 o si A, B y D estaban expuestos a un alto riesgo"

Aceptando, por tanto, la publicación de Rita Jaafar (17) presentada como prueba, en la que se demuestra que para una persona diagnosticada con **un test PCR con un umbral de ciclos de 35 o más, como se está haciendo en la mayoría de laboratorios; el diagnóstico presentará un error del 97%**. Acepta también otra publicación de Elena Surkova (18), en la que se establece que **cada prueba de diagnóstico debe interpretarse en el contexto de la probabilidad real de enfermedad, evaluada antes de realizar la prueba en sí; la evaluación de la probabilidad previa a la prueba incluye síntomas, historial médico previo de Covid-19 o presencia de anticuerpos, cualquier exposición potencial a Covid-19 y la probabilidad de un diagnóstico alternativo. Cuando existe una baja probabilidad previa a la prueba, los resultados positivos deben interpretarse con precaución y, es necesaria una segunda muestra probada para confirmación.**

Un diagnóstico médico es un acto que solo un médico está legalmente autorizado a realizar y del que ese médico es el único y total responsable. Ninguna otra persona o institución, incluida cualquier agencia gubernamental o tribunal, tiene tal autoridad. Nadie puede ser declarado enfermo o peligroso para la salud por decreto o ley, ni siquiera como consecuencia automática y administrativa del resultado de una prueba de laboratorio, independientemente del tipo que sea. Además, **el tribunal determinó que la Autoridad Sanitaria de Azores violó el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** al no proporcionar pruebas de que el consentimiento informado requerido por esa declaración, se recibió de las personas sometidas a pruebas de PCR, quienes se quejaron de las medidas de cuarentena forzada que se les impusieron.

También quedó recogido en otra sentencia del Tribunal Administrativo de Viena (19), en la que se ha dado la razón a un recurso interpuesto por el FPÖ (Partido de la Libertad de Austria, conservador) contra la prohibición de su reunión registrada para el 31 de enero en Viena. "La prohibición fue injustificada", dice en nombre de la República. En la motivación de la sentencia, el tribunal afirma, basándose en estudios científicos, que la justificación de la prohibición, presentada por la Dirección Regional de Policía de Viena, carece de todo fundamento. El tribunal está de acuerdo con las afirmaciones de la demanda en todos sus puntos e incluso va más allá de los argumentos expuestos por el propio FPÖ. En particular, los criterios y definiciones utilizados para determinar el número de enfermos de Corona se cuestionan masivamente en la sentencia.

"**El test PCR no es adecuado para el diagnóstico**".

Se indica explícitamente que, incluso según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "un test PCR no es diagnóstico y, por tanto, no indica por sí mismo que una persona esté enferma o infectada". Sin embargo, el Ministro de Sanidad austríaco utiliza una definición de caso muy diferente y mucho más amplia para la enfermedad Covid-19, que no puede utilizarse para justificar la denegación de una reunión, porque:

Si la Comisión Corona (del gobierno austríaco) utilizó la definición de caso de la Ministra de Sanidad, y no la de la OMS, entonces **cualquier hallazgo de cifras de "enfermos/infectados" que haya presentado, es erróneo**.

El tribunal concluye que en la información del Servicio de Salud de la ciudad de Viena, en la que se basó la prohibición de la Dirección Provincial de Policía de Viena, "**no hay declaraciones y conclusiones válidas y basadas en pruebas sobre la aparición de la epidemia**".

El tribunal dice, literalmente:

Asumiendo las definiciones del Ministro de Sanidad, "Case definition Covid-19" del 23/12/2020, un "caso confirmado" es: 1) cualquier persona con detección de ácido nucleico específico del SARS-CoV-2 (prueba PCR, nota), independientemente de la manifestación clínica o 2) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que cumpla los criterios clínicos o 3) cualquier persona, con detección de antígeno específico del SARS-CoV, que cumpla los criterios epidemiológicos. Así pues, ninguno de los tres "casos confirmados" definidos por el Ministro de Sanidad cumple los requisitos del término de la OMS "persona enferma/infectada".

El colectivo Reinfocovid en Francia ha elaborado un estudio en el que se analiza el balance beneficio/riesgo de la "vacunación" masiva, comparando la mortalidad relacionada con Covid-19 con la letalidad relacionada con la "vacunación" por grupos de edad:

Comparan la mortalidad total del paciente Covid-19 para los 16 meses de epidemia, frente a la fatalidad ligada a la "vacuna" en 6 meses de la

“vacunación”. Esta hipótesis sobreestima el beneficio de la “vacunación” porque supone que la “vacuna” es 100% efectiva y que los “vacunados” no se verán afectados por la mortalidad por Covid-19. Se adoptó la hipótesis de una distribución homogénea en los diferentes grupos de edad, del riesgo de muerte o de secuelas graves, para estimar el beneficio/riesgo de las “vacunas”. Los datos de farmacovigilancia pasiva, como los del ANSM, subestiman la escalada de efectos secundarios y podemos suponer que estos aumentos son tanto más débiles a medida que las personas son mayores y con una esperanza de vida baja. Los resultados relativos a la mortalidad por Covid-19 se expresaron en “riesgo por 100 000 habitantes”. En cuanto a los efectos secundarios relacionados con la “vacuna” expresados como "riesgo por 100 000 vacunados"; los resultados se obtuvieron dividiendo el número de muertes relacionadas con la “vacuna” por el número de personas que fueron “vacunadas” (número de primeras dosis). También se analizaron las secuelas muy graves, incluida la muerte, la discapacidad y los efectos potencialmente mortales de acuerdo con las declaraciones de efectos secundarios reportadas a la Agencia Nacional para la Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios (ANSM).

Queda claro que **para las personas menores de 45 años, el riesgo de muerte después de la “vacunación” es 1.4 veces mayor (Astrazeneca) en comparación con la mortalidad por Covid-19 y el riesgo de secuelas muy graves que conducen a una discapacidad, una muerte o un pronóstico potencialmente mortal, es hasta 5.2 veces mayor para Pfize**r. **Para las personas sin comorbilidad, la “vacuna” es dañina para los menores de 65 años.** **Para los niños con comorbilidad, el riesgo de muerte relacionado con la “vacunación” es de 41 a 56 veces mayor que con Covid-19. Y dado que ningún niño sano ha muerto de Covid-19, el riesgo de vacunación es simplemente infinitamente mayor**.

Agregue a esta observación a corto plazo, el hecho de que **los efectos secundarios a medio y largo plazo (3 a 10 años) son completamente desconocidos**. También debe recordarse que estas “vacunas” solo han recibido autorización de comercialización condicional, lo que significa que la evaluación de su eficacia y seguridad aún está en curso. También **debe tenerse en cuenta que, por lo general, se necesitan 10 años para garantizar la seguridad de una vacuna** (no obstante la FDA con su supuesta autorización, quiere hacernos creer que el suero de Pfizer es seguro, cuando realmente, los datos dicen claramente que no lo es, ni ese ni ningún otro los otros sueros, como demostraré más adelante en este informe).

“Tenga en cuenta que ya no podremos establecer el beneficio/riesgo de las ‘vacunas’ Covid después del 16 de julio de 2021, porque Santé Publique France ya no publica los datos brutos necesarios para estos cálculos”….Una casualidad, el que los datos de contagios y fallecimientos entre ‘vacunados’, sean alarmantes (como veremos más adelante en el informe), seguro que no tiene nada que ver.

El Instituto Noruego de Salud Pública (NIPH) ha tomado la sorprendente, pero estadísticamente respaldada, decisión de clasificar el Covid-19 como una enfermedad respiratoria tan peligrosa como la gripe común. Se aclara que la

pandemia no ha terminado; se ha entrado en una nueva fase en la que **la Covid-19 se equipara ahora a una enfermedad respiratoria común, como una gripe o una infección respiratoria**. Esto se debe, entre otras cosas, a **las mutaciones que ha sufrido el Coronavirus, que lo hacen menos peligroso, junto con el aumento de la inmunidad** (natural porque como veremos más adelante, pensar que los sueros inmunizan es una utopía**)** que se ha conseguido en la sociedad noruega.

Aunque la infección en sí sigue circulando entre la población, esto no supone un aumento de las estancias hospitalarias, lo que en sí significa que el Coronavirus ya no supone una gran carga para la sanidad en Noruega. Esto se debe a que la gran mayoría de las personas en riesgo están protegidas. Los que están vacunados también presentan síntomas graves y los que no están en los grupos de riesgo también suelen tener sólo síntomas leves de resfriado ordinario. Por ello, el NIPH hace la valoración de que el coronavirus se une ahora a las filas de otros virus respiratorios como el resfriado común y la gripe estacional.

Un nuevo informe del Instituto Superior de Salud de Italia proporciona un análisis objetivo del engañoso recuento de muertes por Covid-19 de la nación. El recuento oficial de muertes por Covid de Italia aumentó a 132 161 en octubre de 2021. Este recuento no es realista porque el Covid-19 se diagnosticó apresuradamente y en condiciones de soborno financiero utilizando criterios de diagnóstico no específicos. Covid-19 a menudo se enumeraba como la causa de muerte cuando simplemente se "sospechaba" y cuando "no se podía descartar".

Después de una revisión cuidadosa de los informes médicos, resulta que las infecciones respiratorias pueden haber sido un factor contribuyente, pero no causaron la mayoría de estas muertes por Covid-19 directamente. Varias formas de negligencia médica, tratamiento retenido, aislamiento inhumano, desnutrición y estándares de atención poco éticos están en la raíz de esta crisis médica mundial. Las muertes son reales, pero las causas están sesgadas.

Redujo el recuento de muertes por Covid-19 en Italia en un 97.1% y proporcionó una imagen más precisa de por qué estas personas murieron en el hospital. Solo 3783 casos pudieron correlacionarse directamente con un diagnóstico de Covid-19. Porque la prueba de PCR (que fue diseñada para detectar Covid-19) fue calibrada de manera fraudulenta desde el principio, incluso estos 3783 casos de Covid-19 son sospechosos. Los síntomas de una infección respiratoria podrían haber sido el resultado de cualquier cantidad de infecciones que matan a las personas cada año, ya sea influenza, tuberculosis, neumonía u otras innumerables infecciones del tracto respiratorio superior e inferior. Las infecciones virales no tienen el mismo efecto en una persona a otra debido a varios factores subyacentes, incluido el terreno celular y microbiológico, por lo que es extremadamente difícil diagnosticar con precisión una infección respiratoria específica y cuantificar la carga viral.

Según este nuevo análisis, "**solo" el 2.9% de las muertes registradas desde finales de febrero de 2020 han sido causadas por el "nuevo" coronavirus del SARS que** nunca ha sido aislado de humanos y replicado en muestras de

tejido humano. Las infecciones respiratorias anuales, las infecciones bacterianas resistentes a los antibióticos, los errores médicos y otras emergencias médicas agudas que generalmente causan hacinamiento en los hospitales se utilizaron como propaganda para aterrorizar y defraudar al mundo para que se encierre perpetuamente.

El recuento de muertes por Covid-19 incluyó a italianos que padecían de una a cinco enfermedades crónicas subyacentes; muchos estaban tomando medicamentos inmunosupresores, y un cierto porcentaje murió por emergencias médicas que no tienen ninguna relación con el Covid-19. El 67.7% padecía más de tres enfermedades crónicas que no se habían resuelto con la medicina moderna. Los italianos que ya padecían enfermedades crónicas sufrieron aún más neumonía asociada al ventilador y daño pulmonar asociado al ventilador.

Uno de cada diez de los pacientes fallecidos sufrió un derrame cerebral; El 65,8% de los italianos tenía hipertensión arterial y tomaba fármacos inmunosupresores; El 15.7% padecía insuficiencia cardíaca; El 28% tenía cardiopatía isquémica; y el 24.8% padecía fibrilación auricular. Al menos el 17.4% ya tenía los pulmones enfermos. Muchos (el 29.3% tenían diabetes y otras dolencias metabólicas) que afectaron drásticamente su respuesta inmunitaria. Hubo varios pacientes (16,3%) que estaban en su lecho de muerte, luchando con la quimioterapia inmunosupresora y los medicamentos de radiación que se sabe que hacen que las personas sean susceptibles a cualquier infección respiratoria. Estos pacientes con cáncer habían estado lidiando con el cáncer durante los últimos cinco años, con una tasa promedio de supervivencia a la quimioterapia de tres a cinco años llegando a su fin. Otro 23.5% estaba luchando contra la demencia y su vida estaba llegando a su fin.

Alternativas a los sueros experimentales

Actualmente, según los registros de la OMS, se están llevando a cabo 1612 ensayos clínicos con pacientes en todo el mundo. Algunos ejemplos de líneas de investigación que se han seguido o están siguiendo (20):

- *Medicamentos antivirales*: remdesivir, favipiravir, merimepodib, lopinavir, ritonavir, arbidol (umifenovir), ribavirina, interferones.
- *Antimicrobianos*: teicoplanina.
- *Terapia antiinflamatoria*: corticoesteroides, tocilizumab, anakinra, ciclosporina, colchicina.
- *Antitérmicos y antinflamatorios no esteroideos*: ibuprofeno, meloxican, paracetamol.
- *Antihipertensivos*: IECAs y ARA-II.
- *Estatinas.*

- *Calcifediol (vitamina D3 activada).*
- *Inmunoterapia*: bamlanivimab, etesevimab, casirivimab, imdevimab, terapia con inmunoglobulinas intravenosas (IVIG), terapia con plasma de convalecientes *(CP)*, terapia con anticuerpos monoclonales específicos (mAb), ensayos clínicos con anticuerpos monoclonales.
- *Antibióticos:* azitromicina.
- Inhibición de la replicación del genoma viral actuando sobre la ARN polimerasa: tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC), favipiravir.
- *Tratamientos antitrombóticos y anticoagulantes:* heparina de bajo peso molecular (HBPM).
- *Fármacos que se están evaluando y cuya eficacia es incierta:* amlodipino, losartán.
- *Fármacos para prevenir la Covid-19.*

Alternativas efectivas probadas

Dentro de todas esas líneas, aún cuando las autoridades han tratado de ocultarlas para favorecer la "vacunación" (21) (22); se han encontrado varias (individuales o mediante mezclas) cuya efectividad ya ha sido científicamente probada (23) (24) (25); Dr. Zalenko (zinc + hidroxicloroquina (baja dosis) + azitromicina) (33) (34) (35) (36); budesonida (37); cloroquina (38); telmisartan (39); dióxido de cloro (40); eritromicina + azitromicina + claritromicina (41); remdesivir + dexametasona (42); baricitinib + remdesivir (43), [vitamina D, vitamina B6, vitamina D3, quercetina + vitamina C, glutatión, ivermectina ((26) (27) (28) (29) (30) (31) (32)), betadine] (que también podrían servir para prevenir), selenio de sodio (que ya se ha utilizado en el tratamiento y prevención de cánceres), curcumina, proxalutamida, artemisinina y proguanil (la artemisinina se usa en cuatro países para tratar la Covid. El más conocido que trata con la artemisinina es Madagascar). Se ha demostrado que un aerosol nasal que contiene óxido nítrico reduce en un 95 % la carga viral en los casos de Covid-19 en 24 horas y en un 99 % en 72 horas. La investigación, publicada en el Journal of Infection, se encuentra ahora en ensayos clínicos de fase II.

El protocolo MATH+ usa tres medicamentos, los cuales se deben iniciar dentro de las seis horas posteriores al ingreso en el hospital:

Metilprednisolona por vía intravenosa, para suprimir el sistema inmunológico y prevenir el daño a los órganos por las tormentas de citoquinas. Para la hipoxia leve, 40 miligramos (mg) al día hasta que no haya oxígeno; enfermedad moderada a grave, bolo de 80 mg seguido de 20 mg por día, durante siete días. El día 8, cambie a prednisona por vía oral y disminuya en los próximos seis días. El ácido ascórbico (vitamina C) por vía intravenosa, es necesario para controlar la inflamación y prevenir el desarrollo de vasos sanguíneos con fugas en los

pulmones: 3 gramos/100 ml cada seis horas hasta por siete días. Heparina por vía subcutánea (enoxaparina), para diluir la sangre y prevenir la formación de coágulos sanguíneos. Para enfermedades leves a moderadas, 40 mg a 60 mg diarios hasta el alta.

Las opciones adicionales incluyen tiamina, zinc y vitamina D. Además de estos medicamentos, el protocolo necesita la oxigenoterapia nasal de alto flujo para evitar **la ventilación mecánica, la cual daña a los pulmones y se relaciona con una tasa de mortalidad de casi el 90 % en algunos centros**.

Este enfoque aborda los tres procesos patológicos centrales que presenciamos en la Covid-19, la hiperinflamación, hipercoagulación de la sangre e hipoxia (dificultad para respirar debido a la baja oxigenación).

Existe abundante evidencia de que la hidroxicloroquina (HCQ) y la ivermectina pueden curar la Covid-19 si se siguen protocolos simples, lo que hace innecesarias las "vacunas".

El 23 de marzo de 2020, el Dr. Vladimir Zelenko informó de que había tratado a unos 500 pacientes con coronavirus con HCQ y tenía una asombrosa tasa de éxito del 100%. "Desde el jueves pasado, mi equipo ha tratado aproximadamente a 350 pacientes en Kiryas Joel [Condado de Orange, NY] y otros 150 pacientes en otras áreas de Nueva York con el régimen anterior. De este grupo y de la información que me brindaron los equipos médicos afiliados, hemos tenido CERO muertes, CERO hospitalizaciones y CERO intubaciones. Además, no he oído hablar de ningún efecto secundario negativo que no sea aproximadamente el 10% de los pacientes con náuseas y diarrea temporales.Todo lo que estoy haciendo es reutilizar medicamentos antiguos disponibles, cuyos perfiles de seguridad conocemos, y usarlos en una combinación única en un entorno ambulatorio".

Sus críticos siempre se dirigen al estudio negativo realizado por el VA que muestra que HCQ era ineficaz; sin embargo, por razones políticas, a menudo se citan los resultados del estudio, ¡pero no el hecho de que no se siguieron los protocolos! El HCQ debe administrarse al comienzo de la enfermedad junto con azitromicina (o doxiciclina), y el zinc debe ser un salvavidas para los ancianos. Eso no se hizo. Los médicos esperaron demasiado. Los artículos críticos sobre HCQ a menudo mencionan que se usó en varios ensayos que fracasaron, pero se les olvida señalar que no usaron azitromicina. Otros ensayos no utilizaron zinc ordinario, pero ambos son necesarios para el éxito.

Harvey A. Risch, MD, Ph.D., profesor de epidemiología en la Escuela de Salud Pública de Yale, brindó información muy positiva sobre HCQ en Newsweek. El artículo de Newsweek fue similar a su artículo en el American Journal of Epidemiology:

"Como profesor de epidemiología en la Escuela de Salud Pública de Yale, soy autor de más de 300 publicaciones revisadas por pares y actualmente ocupo puestos de alto nivel en los consejos editoriales de varias revistas líderes. Por lo general, estoy acostumbrado a defender posiciones dentro de la corriente

principal de la medicina, por lo que me ha desconcertado descubrir que, en medio de una crisis, estoy luchando por un tratamiento que los datos respaldan plenamente pero que, por razones que no tienen nada que ver con una correcta comprensión de la ciencia, se ha dejado de lado. Como resultado, decenas de miles de pacientes con Covid-19 están muriendo innecesariamente. Afortunadamente, la situación se puede revertir fácil y rápidamente.

“Me refiero, por supuesto, al medicamento hidroxicloroquina. Cuando este medicamento oral económico se administra muy temprano en el curso de la enfermedad, antes de que el virus haya tenido tiempo de multiplicarse sin control, ha demostrado ser muy eficaz, especialmente cuando se administra en combinación con los antibióticos azitromicina o doxiciclina y el suplemento nutricional zinc”.

“El 27 de mayo, publiqué un artículo en el American Journal of Epidemiology (AJE) titulado 'Tratamiento ambulatorio temprano de pacientes sintomáticos y de alto riesgo con Covid-19 que deberían intensificarse inmediatamente como clave para la crisis pandémica'. Ese artículo, publicado en la principal revista de epidemiología del mundo, analizó cinco estudios que demostraron beneficios claros y significativos para los pacientes tratados, además de otros estudios muy grandes que demostraron la seguridad de los medicamentos”.

“Desde la publicación de mi artículo del 27 de mayo, siete estudios más han demostrado un beneficio similar. En una extensa carta de seguimiento, también publicada por AJE, analizo estos siete estudios y renuevo mi llamado para el uso temprano inmediato de hidroxicloroquina en pacientes de alto riesgo. Estos siete estudios incluyen: 400 pacientes de alto riesgo adicionales tratados por el Dr. Vladimir Zelenko, con cero muertes; cuatro estudios que totalizan casi 500 pacientes de alto riesgo tratados en hogares de ancianos y clínicas en los EE. UU., sin muertes; un ensayo controlado de más de 700 pacientes de alto riesgo en Brasil, con riesgo de hospitalización significativamente reducido y dos muertes entre 334 pacientes tratados con hidroxicloroquina; y otro estudio de 398 pacientes emparejados en Francia, también con riesgo de hospitalización significativamente reducido”

Sin embargo, HCQ no es el único fármaco barato, seguro, eficaz y disponible. La edición del 1 de junio de 2021 de Desert Review informó un éxito increíble con otro fármaco común, la ivermectina, en pacientes con Covid en la capital de India, Delhi. Ese estado experimentó una disminución del 97% en Covid, mientras que los casos del estado de Tamil Nadu se triplicaron al más alto en la India sin él, ¡y sus muertes se multiplicaron por diez! Justus R. Hope, MD, escribió: “Es una reivindicación absoluta de la ivermectina y del tratamiento ambulatorio temprano. Es una clara refutación de las políticas de la OMS, la FDA, los NIH y los CDC de 'esperar en casa hasta ponerse azul' antes de recibir tratamiento".

El Dr. Brian Tyson, copropietario de All Valley Urgent Care en El Centro, California y el Dr. George Fareed, han tratado a más de 6200 pacientes con Covid y han incorporado la ivermectina a su régimen estándar desde octubre. "Dr. Fareed y yo hemos tratado a más de 6200 pacientes por Covid y no hemos perdido ni un

solo paciente que fue tratado antes del día siete", dijo Tyson en una entrevista con TheBlaze.

Prevención

Un nuevo informe internacional de 64 estudios muestra que **la ivermectina tiene una tasa de éxito del 86% como profilaxis y una tasa de éxito del 67% en el tratamiento temprano del coronavirus**. Los resultados reflejan los más de 290 estudios sobre hidroxicloroquina que se han informado durante el año pasado. El nuevo informe internacional muestra que la ivermectina funciona extremadamente bien como profilaxis y en los resultados de mortalidad y que funciona mejor que otros medicamentos.

Argentina tiene una amplia experiencia médica con la ivermectina. Antes de la pandemia Covid-19, se usaba para tratar el dengue, que es endémico en Argentina.

Al comienzo de la pandemia, el Dr. Héctor Carvallo, un profesor de medicina de Argentina, ideó dos ensayos de ivermectina para evaluar la utilidad del fármaco contra el SARS-CoV-2. Sus protocolos de tratamiento se utilizan en cinco provincias argentinas. En una provincia, la tasa de mortalidad se redujo a un tercio en menos de un mes, en medio del brote.

Con fines preventivos, utilizaron ivermectina junto con carragenina, un emulsionante y espesante de alimentos que tiene una larga historia de uso tanto en alimentos como en medicamentos. Según Carvallo, la carragenina también tiene efectos antivirales, por lo que la ivermectina se usó en combinación con la carragenina tópica, administrada a través de la nariz y las membranas mucosas de la boca.

Para el tratamiento, la ivermectina se combinó con aspirina para los casos leves, **aspirina y corticosteroides para los casos moderadamente graves y enoxaparina (un fármaco anticoagulante) para los casos graves**. Se eligió la aspirina por sus efectos anticoagulantes. **Otra opción recomendada por los médicos estadounidenses es NAC**, un suplemento de venta libre que previene los coágulos de sangre y rompe los existentes. NAC también tiene otros beneficios que lo hacen útil contra Covid. Argentina no permite la venta de suplementos sin receta, por lo que no se utilizaron suplementos dietéticos en estos ensayos en particular.

Estas combinaciones de medicamentos se seleccionaron en base a lo que se sabía sobre otros virus que causan efectos en la salud similares al SARS-CoV-2, como el efecto del rabdovirus en la neurología, el paramixovirus, que causa hiperinflamación en los pulmones, y el virus del dengue, que sobreamplifica el sistema inmunológico.

En cuanto a la seguridad de la ivermectina, los estudios en África han utilizado dosis 10 veces superiores a los 0.2 mg/kg recomendados para Covid, sin efectos tóxicos.

Dos médicos de Oklahoma, el Dr. John Sutton y el Dr. David Jayne, comparten sus historias sobre el uso de la ivermectina como tratamiento para sus pacientes con Covid-19.

El Dr. John Sutton es un especialista en medicina interna en Woodward, Oklahoma, y tiene más de 38 años de experiencia en el campo de la medicina. Atendió a tres hogares de ancianos en Woodward y el condado de Dewey que experimentaron un brote de Covid-19. Y el Dr. Jayne trabaja en Edmond, Oklahoma, y se especializa en Medicina Familiar y Atención Preventiva. La intervención del gobierno en el tratamiento de los pacientes de Covid-19 preocupa mucho a los dos médicos.

Los tres hogares de ancianos atendidos por Sutton han experimentado brotes de Covid-19. El primer hogar experimentó un brote antes de que las "vacunas" estuvieran ampliamente disponibles y antes de que "la ivermectina estuviera siquiera en la discusión", dijo Sutton. Esa residencia de ancianos experimentó una tasa de mortalidad del 30% entre los que contrajeron el virus, dijo.

Cuando se produjo el brote en la segunda residencia de ancianos, tanto la ivermectina como los anticuerpos monoclonales eran tratamientos conocidos y se proporcionaron a los residentes. Sutton también ordenó que se suministrara Ivermectina a todos los residentes "tuvieran o no la enfermedad". **De los 56 residentes de esa residencia, sólo uno murió a causa del Covid**.

Cuando la tercera residencia de ancianos tuvo un brote, se siguió un tratamiento similar. **De los 75 residentes, sólo murió uno**.

Otros médicos de Oklahoma informan de resultados similares. El Dr. David Jayne, un médico de familia certificado en Edmond, dijo que ha prescrito ivermectina para cientos de pacientes con Covid y logró "resultados extremadamente altos". De ese total, dijo que **sólo un paciente fue hospitalizado y "nadie en un respirador, nadie murió**".

Como cardiólogo, el Dr. Dwayne Schmidt dijo que la atención primaria está lejos de su enfoque, pero los pacientes "me buscan" porque saben que está "abierto" a prescribir ivermectina para esta enfermedad debido a los abrumadores datos de apoyo de todo el mundo. Según su experiencia, Schmidt afirma que la ivermectina ha sido "muy eficaz si se utiliza en dosis adecuadas y en una fase temprana del proceso de la enfermedad".

Esto deja a las "vacunas" contra la Covid-19 como el principal método formalmente aprobado para tratar el Covid-19. Sin embargo, **no son un** escudo **de protección a prueba de balas, especialmente entre las poblaciones más vulnerables**. Según el Departamento de Asuntos de los Veteranos de Oklahoma, 64 pacientes de los ocho centros de veteranos que gestiona en todo el estado murieron siendo seropositivos a la Covid entre el 1 de enero y el 15 de octubre de 2021. Treinta y dos personas murieron antes de la disponibilidad de las "vacunas" Covid. **De los 32 pacientes restantes que murieron siendo**

positivos al Covid, 23 estaban totalmente "vacunados", cuatro habían recibido una dosis de vacuna y sólo cinco no estaban "vacunados".

Estudios previos han relacionado la deficiencia de vitamina D con una mayor susceptibilidad a infecciones virales e infecciones respiratorias bacterianas. De manera similar, **varios estudios observacionales han encontrado una fuerte correlación entre la deficiencia de vitamina D y Covid-19**, pero podría ser que estos efectos se confundan y, de hecho, son el resultado de otros factores, como la obesidad, la vejez o la enfermedad crónica que también está relacionada con niveles bajos de vitamina D.

En un reciente estudio, para superar esto, los investigadores pudieron calcular el nivel de vitamina D "predicho genéticamente", que no se confunda con otros factores demográficos, de salud y de estilo de vida, mediante el uso de información de más de cien genes que determinan el estado de la vitamina D. La aleatorización mendeliana es un enfoque analítico particular que permitió a los investigadores analizar si la vitamina D y Covid-19 podrían estar vinculados causalmente usando datos genéticos. Pocos estudios anteriores intentaron esto y además, no pudieron mostrar un vínculo causal. Esto podría deberse a que ignoraron la radiación solar UVB, que es la fuente más importante de vitamina D para la mayoría de la gente.

Los investigadores, por primera vez, analizaron conjuntamente las predicciones genéticamente de nivel de vitamina D y UVB. Casi medio millón de personas en el Reino Unido participaron en el estudio. Encontraron que la radiación UVB ambiental en el lugar de residencia de un individuo anterior a la infección por Covid-19, se asoció fuerte e inversamente con la hospitalización y muerte. Esto sugiere que **la vitamina D puede proteger contra la enfermedad grave Covid-19 y contra la muerte**. El Dr. Xue Li, investigador del estudio de la Universidad de Zhejiang, dijo: "Nuestro estudio respalda la recomendación de la **suplementación con vitamina D no solo para los mantenimiento de la salud ósea y muscular, también por el potencial beneficio en relación con la protección contra Covid-19**". La vitamina D podría proteger contra las infecciones al aumentar los niveles de CAMP (péptido antimicrobiano de catelicidina, es elaborado por las células inmunológicas, cutáneas e intestinales, que actúan como una barrera contra las infecciones).

En otro estudio que analizó cómo afectan los niveles de vitamina D la gravedad de la enfermedad por SARS-COV-2, se demostró que tanto la vitamina D como la albúmina influyen en la gravedad, progresión y posible prevención de Covid-19. Los investigadores estudiaron a 191 pacientes con Covid y 203 personas sanas y encontraron que el 84.4 % de los pacientes tenían deficiencia de vitamina D y albúmina, que es una proteína que se produce en el hígado y que ayuda a transportar las vitaminas a través de la sangre.

En un estudio, los investigadores analizaron las comorbilidades, junto con el estado de vitamina D y encontraron que "entre todas las variables, la edad, la diabetes, la hipertensión y la gravedad clínica, se relacionaron con el peor resultado". Los resultados de este estudio fueron tan convincentes, que sus

autores los llamaron "estadísticamente significativos" y agregaron: "El estado de vitamina D parece influir en gran medida en la gravedad clínica de la Covid-19. Después de obtener un resultado positivo de Covid-19, lo primero que se debe hacer es medir los niveles de vitamina D de los pacientes y a partir de aquí, iniciar una terapia tanto curativa como preventiva".

Hay 2 formas biológicamente relevantes de vitamina D; la vitamina D2 y la vitamina D3. Ambas ofrecen beneficios, pero sólo una se absorbe y utiliza mejor por el cuerpo humano:

- *Vitamina D2, también conocida como ergocalciferol*. Algunas plantas producen la vitamina D2 en respuesta a la radiación UV. Las setas son un ejemplo, y muchos fabricantes de alimentos aprovechan esto irradiando setas para aumentar el contenido de nutrientes.

- *Vitamina D3, también conocida como colecalciferol*. Es la forma biológicamente más activa de vitamina D que se encuentra en los seres humanos y animales. Cuando la luz del sol baña la piel, convierte el colesterol en una forma activa de vitamina D3. Esta forma está involucrada en una multitud de procesos biológicos y es crucial para promover la absorción de calcio en los huesos.

La mayoría de los estudios que comparan, y siguen comparando, los efectos de la vitamina D2 y D3, coinciden en que **la vitamina D3 es muy superior para el cuerpo humano**. La investigación en los últimos diez años ha producido una cantidad abrumadora de evidencia de que la vitamina D3 se absorbe y utiliza mejor que la D2. **La suplementación con vitamina D3 también se ha demostrado que mantiene los niveles séricos de vitamina D a largo plazo**.

Un estudio que utilizó formas activas de **vitamina D3** demostró que **los metabolitos de la vitamina pueden impedir que el SARS-CoV-2, se reproduzca y se expanda**. "Los investigadores de este estudio dicen que sus hallazgos ayudan a explicar un posible mecanismo de por qué los niveles bajos de vitamina D parecen promover la infección por Covid-19 y los malos resultados en ciertas personas. Esto se correlaciona con otros estudios que demuestran una relación entre la deficiencia de vitamina D y los malos resultados de la enfermedad. Se planean más estudios y ensayos clínicos para probar la efectividad de la vitamina D y el lumisterol como terapéutica antiviral para el Covid-19 en animales y humanos". **Las formas activas de vitamina D y lumisterol pueden impedir las enzimas de replicación del SARS-CoV-2,** lo que indica que los nuevos metabolitos de la vitamina D y lumisterol son candidatos para la investigación de medicamentos antivirales.

"**La deficiencia de vitamina D se correlaciona significativamente con la gravedad de la infección por SARS-CoV-2**. Los estudios de cribado virtual basados en acoplamiento molecular predicen que la nueva vitamina D y los hidroximetabolitos de lumisterol relacionados pueden unirse a los sitios activos de dos enzimas con alta afinidad de la maquinaria de transcripción del SARS-CoV-2. Estas enzimas son la proteasa principal (Mpro) y la ARN polimerasa dependiente

de ARN (RdRP), que desempeñan funciones importantes en la replicación viral y en el establecimiento de la infección. Según las afinidades de unión previstas y las interacciones específicas, identificamos 10 análogos de vitamina D3 (D3) y lumisterol (L3) como posibles socios de unión de SARS-CoV-2 Mpro y RdRP y, por lo tanto, probamos su capacidad para inhibir estas enzimas. Las mediciones de la actividad demostraron que 25 (OH) L3, 24 (OH) L3 y 20 (OH) 7DHC son los hidroximetabolitos más efectivos probados para inhibir la actividad del SARS-CoV-2 Mpro que causa una inhibición del 10% al 19%. Estos mismos derivados, así como otros hidroxiloesteroles y metabolitos de la hidroxivitamina D3, inhibieron la RdRP entre un 50% y un 60%. Por lo tanto, **la inhibición de estas enzimas por la vitamina D y los metabolitos del lumisterol puede proporcionar un enfoque novedoso para obstaculizar la infección por SARS-CoV-2**".

La deficiencia de tiamina (vitamina B1) es un factor en las infecciones graves, se relaciona con el desarrollo de fiebre alta. Ayuda a regular el sistema inmunológico innato. Es necesaria para el metabolismo de algunos metabolitos de la vitamina C. La vitamina C también funciona con los corticosteroides (se ha demostrado que la vitamina C y los corticosteroides funcionan de manera sinérgica), lo que ayuda a explicar la eficacia del Protocolo de Marik, el cual requiere 1500 miligramos (mg) de ácido ascórbico por vía intravenosa cada seis horas, así como 200 mg de tiamina cada 12 horas y 50 mg de hidrocortisona cada seis horas. El magnesio también es de suma importancia, ya que es necesario para activar la tiamina. Los estudios también han demostrado que la tiamina puede ser útil para tratar una larga lista de enfermedades y trastornos, incluyendo trastornos mitocondriales, insuficiencia cardíaca, delirio, fatiga tiroidea y enfermedad de Hashimoto (un trastorno autoinmunológico de la tiroides). La deficiencia de tiamina podría ser un factor en las pandemias.

Aunque las vitaminas C y D han atraído mucha atención para combatir la Covid-19, las vitaminas B también pueden ser importantes, en especial la niacina (B3), según dos artículos recientes.

El primero, el cual es el resultado de una colaboración entre investigadores de la Universidad de Oxford, la Universidad de los Emiratos Árabes Unidos y la Universidad de Melbourne, Australia.

Aunque no se han realizado estudios que utilicen vitaminas del complejo B en personas con Covid-19, los investigadores enfatizan que los suplementos podrían ser beneficiosos para prevenir y tratar esta enfermedad, ya que tienen efectos beneficiosos sobre el sistema inmunológico, la capacidad inmune y los glóbulos rojos (que ayudan a combatir las infecciones). Como indicaron los autores:

"Es necesario destacar la importancia de la vitamina B, ya que es muy importante para el funcionamiento celular, el metabolismo energético y la función inmunológica.

Asimismo, ayuda a reducir los niveles de citoquinas proinflamatorias, mejora la función respiratoria, mantiene la integridad endotelial, previene la hipercoagulabilidad y reduce la estadía en el hospital.

Por lo tanto, es importante evaluar el estado de la vitamina B en personas con Covid-19, la cual podría utilizarse como un complemento de los tratamientos actuales.

La vitamina B no solo ayuda a desarrollar y mantener la salud del sistema inmunológico, sino que podría prevenir o reducir los síntomas del Covid-19 o tratar la infección por SARS-CoV-2. Una mala nutrición aumenta la predisposición a infecciones con mayor facilidad; por lo tanto, es necesario llevar una buena alimentación para mejorar la capacidad inmune".

Es importante destacar que las vitaminas B pueden influir en varios procesos patológicos específicos del Covid-19, que incluyen:

- Replicación e invasión viral.
- Tormentas de citoquinas.
- Inmunidad adaptativa.
- Hipercoagulabilidad.

El artículo detalla cómo cada una de las vitaminas B puede ayudar a controlar varios síntomas del Covid-19:

Vitamina B1 (tiamina). La tiamina mejora la función del sistema inmunológico, protege la salud cardiovascular, inhibe la inflamación y ayuda en las respuestas de anticuerpos saludables. La deficiencia de vitamina B1 puede resultar en una mala respuesta de anticuerpos, lo que causa síntomas más graves. También existe evidencia que sugiere que la vitamina B1 podría detener la hipoxia.

Vitamina B2 (riboflavina). Se ha demostrado que la riboflavina junto con la luz ultravioleta reduce el factor infeccioso del SARS-CoV-2 por debajo del límite detectable en la sangre humana, el plasma y los productos plaquetarios.

Vitamina B3 (niacina/nicotinamida). La niacina es un componente fundamental de NAD y NADP, que son importantes para combatir la inflamación.

Vitamina B5 (ácido pantoténico). La vitamina B5 ayuda a curar heridas y reduce la inflamación.

Vitamina B6 (piridoxal 5'-fosfato/piridoxina). El piridoxal 5'-fosfato (PLP), que es la forma activa de la vitamina B6, es un cofactor en varias vías inflamatorias. La deficiencia de vitamina B6 está relacionada con una mala regulación de la función inmunológica. La inflamación aumenta la necesidad de PLP, lo que puede resultar en agotamiento.

De acuerdo con los autores, la deficiencia de B6 podría ser un factor en las personas con Covid-19 y con niveles elevados de inflamación. Además, la

vitamina B6 también puede ayudar a prevenir la hipercoagulación que se observa en algunas personas con Covid-19.

Vitamina B9 (folato/ácido fólico). El folato, que es la forma natural de la vitamina B9 se encuentra en los alimentos y es necesario para sintetizar el ADN y las proteínas en la respuesta a la inmunidad adaptativa.

Hace poco se descubrió que el ácido fólico, que es la forma sintética que se encuentra en los suplementos, se utilizó para inhibir la furina, una enzima relacionada con las infecciones virales, lo que evita que la proteína del SARS-CoV-2 se una a las células. La investigación sugiere que el ácido fólico puede ser bueno durante las primeras etapas de Covid-19.

Otro artículo reciente encontró que el ácido fólico tiene una unión fuerte y estable para combatir el SARS-CoV-2. Esto también sugiere que puede ser un tratamiento adecuado para combatir la Covid-19.

Vitamina B12 (cobalamina). Es necesaria para la síntesis saludable de glóbulos rojos y del ADN. Una deficiencia de B12 aumenta la inflamación y el estrés oxidativo al elevar los niveles de homocisteína. El cuerpo puede eliminar la homocisteína de forma natural, siempre que obtenga cantidades suficientes de vitamina B9 (folato), B6 y B12.

La hiperhomocisteinemia, que es un problema de salud caracterizado por niveles elevados de homocisteína, causa disfunción endotelial, activa la acumulación de plaquetas, causa coagulación y disminuye las respuestas del sistema inmunológico.

La deficiencia de B12 también se relaciona con ciertos trastornos respiratorios. La edad puede disminuir la capacidad del cuerpo para absorber la vitamina B12 de los alimentos, por lo que la necesidad de utilizar suplementos puede aumentar con el envejecimiento.

De acuerdo con el artículo:

"Un estudio reciente demostró que los suplementos de metilcobalamina tienen el potencial de reducir el daño y los síntomas relacionados con la Covid-19. Un estudio clínico realizado en Singapur demostró que las personas con Covid-19 que recibieron suplementos de vitamina B12 (500 µg), vitamina D (1000 UI) y magnesio habían experimentado una menor gravedad de los síntomas de la Covid-19 y los suplementos redujeron la necesidad de oxígeno y cuidados intensivos".

El segundo artículo (que es una preimpresión y aún no se ha sometido a una revisión), se enfoca en la niacina (B3), lo que plantea la pregunta de si esta vitamina podría ser importante en el proceso de la enfermedad. Como se señala en el resumen:

"Se muestran propiedades antivirales definitivas, como el ácido nicotínico (NA, por sus siglas en inglés), como terapia para la enfermedad por coronavirus (Covid-19) tanto para tratar como para prevenir la enfermedad, al nivel en que la reversión o progresión de su patología continúa como una función intrínseca de la NA.

Esta investigación muestra cómo la propagación inflamatoria de la infección por el coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) se limita o se invierte para restaurar la salud con una suplementación bien tolerada de NA (~1-3 gramos por día)".

Como se señaló en este artículo, una característica principal de la patología de Covid-19 es la tormenta de citoquinas, que puede provocar insuficiencia orgánica y la muerte. El aumento de las citoquinas proinflamatorias es la causa de esta cadena de eventos, los cuales incluyen la interleucina-6 (IL-6), la interleucina-1β (IL-1β), el factor de necrosis tumoral α (TNF-α) y la proteína quimioatrayente de monocitos 1 (MCP-1).

Si es posible disminuir y controlar estas citoquinas, existen más posibilidades de frustrar la tormenta de citoquinas y el daño que causan. El dinucleótido de nicotinamida y adenina (NAD +) también es importante, mientras que la niacina es un componente básico de la NAD. Como se explica en el artículo: "Be Well: A Potential Role for Vitamin D in Covid-19":

"El NAD + se libera durante las primeras etapas de la inflamación y tiene propiedades inmunomoduladoras, conocidas por disminuir las citoquinas proinflamatorias, IL-1β, IL-6 y TNF-α. Evidencia reciente indica que centrarse en el IL-6 podría ayudar a controlar la tormenta inflamatoria en personas con Covid-19".

Además de ejercer una marcada disminución en las citoquinas proinflamatorias, también se ha demostrado que la niacina:

- Reduce la replicación de varios virus, incluyendo el virus vaccinia, el virus de la inmunodeficiencia humana, los enterovirus y el virus de la hepatitis B.
- Reduce la infiltración de neutrófilos.
- Tiene un efecto antiinflamatorio en personas con lesión pulmonar.

La Covid-19 también genera tormentas de bradicinina. La bradiquinina es una sustancia química que ayuda a regular su presión arterial y es controlada por su sistema renina-angiotensina (RAS). La hipótesis de la bradicinina ofrece un modelo que ayuda a explicar algunos de los síntomas más inusuales de la Covid-19, incluyendo sus efectos en el sistema cardiovascular.

Los investigadores han descubierto que el SARS-CoV-2 regula descendentemente la capacidad para degradar o descomponer la bradicinina. El resultado final es una tormenta de bradicinina, que al parecer es un factor importante en muchos

de los efectos letales del Covid-19, quizás incluso más que las tormentas de citoquinas relacionadas con la enfermedad. A medida que se acumula la bradicinina, aparecen los síntomas más graves del Covid-19.

La vitamina D tiene un impacto significativo en el RAS y puede ayudar a prevenir una tormenta de bradicinina, mientras que la niacina también es un factor importante. Como se indica en el artículo:

"Se ha informado que administrar NA es muy efectivo para prevenir el daño al tejido pulmonar involucrado en esta patología. De hecho, los autores de un artículo de marzo de 2020 in Nature, concluyeron que es una excelente opción utilizar suplementos de niacina para tratar la Covid-19".

El artículo profundiza en los aspectos bioquímicos de cómo funciona la niacina en el cuerpo, por lo que es importante consultarlo. En resumen, en lo que respecta al Covid-19, lo más importante es comprender que parece haber una relación causal entre los niveles bajos de niacina y la infección por SARS-CoV-2.

De acuerdo con los autores, la capacidad del SARS-CoV-2 para invadir el cuerpo depende si la señalización del calcio puede proceder de manera correcta, lo que a su vez depende de la presencia de NAADP. Como se explica en la sección citada antes, la niacina forma NAADP en el cuerpo. La señalización de calcio dependiente de NAADP es responsable de inhibir el ingreso viral en las células y expulsar al virus de las células infectadas.

Los autores enfatizan que "nada fuera del suministro adecuado de niacina es capaz de conducir al suministro de NAADP que se necesita en estos entornos ácidos para contrarrestar la progresión de la enfermedad inflamatoria".

También señalan que el efecto rubor que se obtiene forma parte de cómo la niacina expulsa los radicales libres inflamatorios fuera de las células. A medida que consuma el suplemento en una dosis constante y elevada, disminuirá el rubor de manera gradual, lo que es una señal de que el cuerpo está alcanzando una homeostasis saludable.

"Esto representa quizás el estado ideal que debería alcanzarse y mantenerse a partir de entonces, en términos de dosificación de niacina, para revertir y prevenir la inflamación". Afirman los autores.

Como una "terapia restauradora" para las personas diagnosticadas con SARS-CoV-2, recomiendan comenzar con una dosis de 500 miligramos de niacina, dos o tres veces al día, dentro de las primeras 48 horas de la aparición de los síntomas. Aumente la dosis a 1000 mg, dos o tres veces al día, a medida que la descarga disminuya.

"En el caso del subgrupo de personas que todavía padecen perfiles elevados de citoquinas a causa de los daños profundos de la infección por el SARS-CoV-2 "de larga duración", se ha informado que es necesario iniciar este tratamiento en un

plazo de dos días e incrementarlo en el curso de unas semanas para aliviar la(s) dolencia(s) y restablecer la salud".

Aunque los autores sugieren que se puede utilizar la niacina de forma preventiva, no estoy de acuerdo si se usa esa misma dosis. De acuerdo con los autores:

"Al proporcionar suficiente NAADP, este mismo régimen de dosificación puede funcionar como tratamiento preventivo, lo que puede interpretarse como la incapacidad física/bioquímica de la progresión del SARS-CoV-2 para ingresar en el cuerpo o inducir la replicación, el inicio de la infección o la progresión de la enfermedad en una persona que no había estado infectada".

Las dosis elevadas en las infecciones graves pueden ser valiosas, pero soy escéptico. Soy un gran admirador de aumentar los niveles de NAD + y lo he estado haciendo durante años. Mi investigación sugiere que solo se necesitan cerca de 25 mg por día de niacina, lo que no provocará el rubor. Creo que la mayoría se beneficiaría de consumir 25 mg de niacina al día, con un complejo B que contenga tiamina (B1), ya que también ha demostrado ser beneficioso en los casos de Covid-19.

Otras alternativas a la niacina serían el ribósido de nicotinamida (NR) y el mononucleótido de nicotinamida (NMN), que es mi favorito. Creo que combinarlos en supositorios rectales evitaría la mayor parte de la metilación del suplemento y ofrecería niveles más elevados de NAD + en los tejidos.

Otra desventaja de la niacina en dosis elevadas es que se descompone en nicotinamida, la cual inhibe el Sirt1 en dosis elevadas, que es una proteína importante para la longevidad.

El peróxido de hidrógeno nebulizado al 0.1 % parece una mejor estrategia que la niacina. Nunca he visto ni escuchado que haya fallado en relación al Covid-19.

Como regla general, se recomienda obtener la mayor parte al consumir alimentos reales. Lo cual funcionará para la mayoría de las vitaminas B, pero no si usa niacina con fines terapéuticos. Para ello, es importante tomar un suplemento.

Si está tratando de mejorar los niveles de vitamina B, es importante limitar el consumo de azúcar y consumir más alimentos fermentados. La razón de esto es que todas las vitaminas del grupo B se producen dentro del intestino, siempre y cuando tenga una buena salud del microbioma intestinal. Consumir alimentos reales, que incluyen muchas verduras de hoja verde y alimentos fermentados, ofrece al microbioma grandes cantidades de fibra y bacterias beneficiosas para mejorar la producción de vitamina B.

Investigaciones recientes demuestran que **la actividad biológica de la** curcumina **reduce la gravedad del Covid-19**. **Los resultados clasifican a la curcumina entre las cinco principales sustancias comprobadas que, cuando se usa a tiempo, ayuda a reducir la enfermedad y la muerte por Covid**. La cúrcuma es una planta perenne de la familia del jengibre originaria del

sur de la India e Indonesia. Al igual que el jengibre, es el rizoma subterráneo que se utiliza para cocinar y con fines medicinales. Desde hace años se ha utilizado en la medicina ayurvédica y la medicina tradicional china. En general, tuvieron mejores resultados clínicos y una tasa de mortalidad más baja que el grupo de control. Con base en sus resultados, los investigadores también concluyeron que **la curcumina podría ser una opción terapéutica para prevenir eventos tromboembólicos posteriores al Covid**.

El medicamento que ocupa el primer lugar para tratar el Covid-19 a tiempo es la proxalutamida. Es un antagonista del receptor de andrógenos que en ensayos clínicos ayudó a tratar el cáncer de próstata y de mama. Al comienzo del brote de Covid-19, la compañía descubrió que el medicamento podría limitar la expresión de la proteína transmembrana serina 2 (TMPRSS2) y los receptores ACE-2, que desempeñan un papel muy importante en la gravedad del Covid-19. Un estudio que involucró a 236 hombres y mujeres con Covid-19 apoyó la hipótesis. Para el día 7, el virus no se detectó en una prueba de PCR con un umbral de ciclo superior a 40 (ya sabemos que con esos ciclos de amplificación, los resultados están sujetos a una alto porcentaje de error) en el 82% de las personas que tomaban proxalutamida. **El tiempo promedio que tardaron los pacientes en mostrar una reducción clínica en el grupo de tratamiento fue de 4.2 días en comparación con 21.8 días en el grupo de placebo**.

La investigación ya ha demostrado que **la quercetina puede ser un potente refuerzo inmunológico y antiviral de amplio espectro. Así que, puede ser útil tanto para la prevención como tratamiento contra la Covid-19**. La quercetina también podría inhibir la liberación de citoquinas proinflamatorias e histamina al modular la entrada de calcio en la célula. También estabiliza los mastocitos y tiene un efecto regulador directo sobre las propiedades funcionales básicas de las células inmunológicas, lo que le permite inhibir un enorme arsenal de objetivos moleculares en el rango de concentración micromolar, ya sea por regulación negativa o al suprimir muchas vías y funciones inflamatorias.

“Muestra una amplia gama de propiedades antivirales que puede interferir en varios pasos de la virulencia del patógeno: entrada de virus, replicación del virus, ensamblaje de proteínas. Los efectos pueden aumentarse con la coadministración de vitamina C. Además, debido a la falta de efectos secundarios graves y los bajos costos, recomendamos encarecidamente la administración combinada de estos dos compuestos tanto para la profilaxis como para el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio, especialmente incluyendo pacientes con Covid-19”.

A modo de ejemplo práctico, podemos comentar el caso de una bloguera y su marido enfermo de neumonía (44) (supuesto Covid) que se negó a que le aplicaran los protocolos de los hospitales, como intubar o el uso de ventiladores, que se sabe que hace daño a los pulmones inflamados de los enfermos con neumonía bilateral (45) (46) (47) (48). En su lugar exigió que le aplicaran vitamina C intravenosa, zinc intravenoso, vitamina D y para la inflamación pulmonar el esteroide inhalado Budesonida. Resultado: en 3 días y medio estaba fuera de cuidados intensivos y en 5 días fuera del hospital, habiendo entrado con

una saturación del 72%. Por otro lado, el presentador de podcast y comentador deportivo de la UFC, Joe Rogan, aseguró a sus más de 13 millones de seguidores que se curó de Covid en tres días tomando, entre otros medicamentos, Ivermectina. Según el Dr. Pierre Kory y verificado por Front Line Covid-19 Critical Care Alliance (FLCCC), de 100 a 200 representantes del Congreso y/o personal y familias que contrajeron Covid-19 fueron tratados con el protocolo Front Line Ivermectin.

Veamos otro ejemplo práctico. En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el Dr. Brian M. Tyson sobre tratamientos tempranos y otras políticas adoptadas para la Covid: "Hemos tratado el Covid-19 desde el principio. Hemos estado usando un tratamiento temprano. Nuestros éxitos han sido sobresalientes". Explica que en su práctica médica, el tratamiento temprano se refiere al tratamiento antes del séptimo día de la infección. **De los 6000 pacientes de Covid que se han tratado antes del séptimo día, solo cuatro personas terminaron en el hospital y una tasa de mortalidad del 0%**. "Como todo en la medicina, el tratamiento temprano gana". Describió varios tratamientos que utilizaron basándose en conocimientos previos sobre tratamientos para infecciones virales y en los síntomas que presentaban los pacientes. "Luego apareció la ivermectina, aproximadamente en octubre, y comenzamos a ver la respuesta a la ivermectina, especialmente en pacientes enfermos. Entonces, la ivermectina pareció hacer algo que no esperábamos, que básicamente fue destruir el virus. Evitó la unión y también agregó un efecto antiinflamatorio y un ionóforo de zinc. Lo siguiente que sabes es que, en dos o tres días, estos pacientes cambiaron. Estos son **pacientes que se estaban preparando para estar con ventiladores. Las oxigenaciones pasaron del 84% al 94% en 48 a 72 horas**. Así es como empezó el protocolo. Está siguiendo la ciencia. Está siguiendo el proceso de reevaluación. Y no puedo expresar lo importante que es eso. **La ivermectina, hidroxicloroquina, zinc, zithromax y los esteroides son medicamentos seguros y pueden usarse para tratar Covid**".

El estado de Uttar Pradesh en India, que tiene el equivalente a dos tercios de la población de Estados Unidos, ha sido declarado libre de Covid, anunció el gobierno estatal recientemente. No hay más casos activos de coronavirus en los 33 distritos de Uttar Pradesh, que tiene una población de 241 millones de personas. En general, **el estado tiene un total de 199 casos activos, mientras que la tasa de positividad se ha reducido a menos del 0.01% y la tasa de recuperación ha mejorado al 98.7%**.

¿Cómo es posible que Uttar Pradesh se haya recuperado por completo de Covid a pesar de que solo el 13.80% de su población ha sido completamente "vacunada", en comparación con los Estados Unidos que a día 17 de septiembre de 2021 tiene el 54.98% de su población completamente "vacunado"?

La respuesta es que probablemente se deba al uso temprano y a la adecuada distribución de ivermectina a sus ciudadanos por parte del gobierno. "La introducción oportuna de ivermectina desde la primera ola ha

ayudado al estado a mantener una tasa de positividad relativamente baja a pesar de su alta densidad de población. Las tasas más bajas de positividad y letalidad pueden atribuirse al uso a gran escala de ivermectina en el estado”: Vikssendu Agrawal, oficial de vigilancia del estado de Uttar Pradesh.

Aunque hay algunos que nos quieren mostrar que la ivermectina no se debería de usar, la realidad científica basada en datos objetivos, es bien distinta. Hay un buen resumen de la ciencia que ha surgido en relación con la ivermectina y la Covid. Fue elaborado por la Canadian Covid Care Alliance, un grupo de más de cien médicos, científicos y otros académicos canadienses. Los científicos, organizaciones y médicos que apoyan la ivermectina han sido tachados de teóricos de la conspiración que difunden información falsa. Es lamentable que se haya permitido muy poco diálogo significativo en torno a la ivermectina. En su lugar, hemos visto cómo se ridiculiza y se difunde información falsa para enturbiar la percepción pública.

“Los meta-análisis basados en 18 ensayos de tratamiento controlado y aleatorio de la ivermectina en el Covid-19 **han encontrado grandes reducciones, estadísticamente significativas, en la mortalidad, el tiempo de recuperación clínica y el tiempo de eliminación del virus**. Además, **los resultados de numerosos ensayos controlados de profilaxis informan de una reducción significativa del riesgo de contraer Covid-19 con el uso regular de ivermectina**. Por último, los numerosos ejemplos de campañas de distribución de ivermectina que conducen a una rápida disminución de la morbilidad y la mortalidad en toda la población indican que se ha identificado un agente oral eficaz en todas las fases del Covid-19”.

El FLCC revisó los datos de 27 ensayos sobre los efectos de la ivermectina y concluyó que “**demuestra una fuerte señal de eficacia terapéutica” contra la Covid-19. “Los datos demuestran la capacidad del fármaco Ivermectina para prevenir la Covid-19**, para evitar que aquellos con síntomas tempranos progresen a la fase hiperinflamatoria de la enfermedad, e incluso para ayudar a la recuperación de pacientes en estado crítico”, concluyen los investigadores.

La organización también ha publicado una base de datos que contiene los resultados de 113 ensayos sobre la Covid-19 con ivermectina, 73 de los cuales fueron revisados por expertos y 63 compararon grupos de tratamiento y de control. Las pruebas de las 63 investigaciones controladas revelan que la terapia temprana mejora los resultados de los pacientes en un 69%. En 31 estudios controlados aleatorios, 613 científicos y 26 398 pacientes participaron en los 63 ensayos.

Otras investigaciones descubrieron que 14 ensayos profilácticos mejoraron en un 86%, 27 ensayos de tratamiento temprano mejoraron en un 69%, 22 ensayos de terapia tardía mejoraron en un 40% y 31 ensayos controlados aleatorios mejoraron en un 60%.

Según el estudio de la OMS de 2018, el coste directo de 100 pastillas de 12 mg de Ivermectina es de 2.90 dólares. Un tratamiento de 5 días de Ivermectina cuesta entre 60 céntimos y 1.80 dólares, según un estudio de 2020.

En el estudio que se ha publicado en ACS Infectious Disease and Antioxidants propusieron que el **glutatión influye en la lucha contra la respuesta inflamatoria grave que causa el virus SARS-CoV-2**. El grupo de investigación del estudio lo calificó como la "causa más probable de las manifestaciones graves y muertes en pacientes con Covid-19". Cuando se altera, el estrés oxidativo puede provocar la "muerte celular y contribuir al desarrollo de la enfermedad". **El glutatión interviene en la respuesta inflamatoria, que según los investigadores es un medio factible para tratar y prevenir la enfermedad por Covid-19** y señalaron que:

"La hipótesis de que la deficiencia de glutatión es la explicación más plausible para los casos graves y muerte en pacientes con Covid-19 se propuso con base en observaciones y un análisis exhaustivo de la literatura. La hipótesis aclara los misterios de los datos epidemiológicos sobre los factores de riesgo que determinan los casos graves de la infección por Covid-19 y el mayor riesgo de muerte y, además, constituye una verdadera oportunidad para tratar y prevenir esta enfermedad de forma eficaz".

En mayo de 2020, el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center publicó un ensayo en ClinicalTrials.gov en el que se realizó un estudio con N-acetilcisteína (NAC) en pacientes con Covid-19, que es la primera investigación de su tipo. El equipo planeó inscribir pacientes con enfermedades graves y evaluar el uso de 6 gramos de NAC que se administraron por vía intravenosa todos los días, junto con otros tratamientos; el estudio se actualizó por última vez en marzo de 2021 y el equipo señaló que:

"... un medicamento llamado **N-acetilcisteína puede ayudar a combatir el virus Covid-19 al estimular un tipo de célula en su sistema inmunológico que ataca las infecciones**. Al ayudar a su sistema inmunológico a combatir el virus, los investigadores creen que la infección mejorará, lo que podría ayudar a que el paciente salga de la unidad de cuidados intensivos o se desconecte del ventilador o bien, evitar que ingrese a la unidad de cuidados intensivos o se conecte a un ventilador".

Además de utilizar glutatión durante una enfermedad, **Polonikov sugiere que el glutatión podría utilizarse como agente preventivo** y con base en su análisis exhaustivo de la literatura, dijo que cree que **la deciencia de glutatión es una razón plausible para la enfermedad grave por Covid-19**.

El estrés oxidativo contribuye a la hiperinflamación del pulmón que provoca los resultados adversos de la enfermedad como el síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia multiorgánica y muerte; **una mala defensa antioxidante debido a la deficiencia endógena de glutatión como resultado de una baja biosíntesis y agotamiento excesivo de GSH es la causa más probable de un daño oxidativo en el pulmón**, sin importar

los factores como el envejecimiento, comorbilidad de enfermedades crónicas, tabaquismo o algunos otros responsables de este déficit.

El daño oxidativo también influye en la enfermedad grave por Covid-19, mientras que, en un segundo vídeo, Seheult explica cómo el Covid-19 es el escenario perfecto para producir niveles elevados de estrés oxidativo al incrementar los niveles de superóxido, que son especies reactivas del oxígeno (ROS) muy dañinas.

A medida que el virus utiliza la enzima ACE2, produce angiotensina II, lo que a su vez produce más superóxido y los niveles de ROS se pueden reducir con glutatiónperoxidasa, ya que oxida el glutatión en el proceso de convertir H2O2 a agua. Como lo describe Polonikov, **la deficiencia de glutatión incrementa los niveles de ROS**.

La poderosa acción antioxidante del glutatión hizo que se ganara el apodo del "antioxidante maestro" y los antioxidantes ayudan a evitar que otras moléculas se oxiden. La mayoría de las proteínas se construyen a partir de un conjunto de 20 aminoácidos, su mecanismo y secuencia precisa producen la actividad biológica específica que se relaciona con esa proteína. Pero para formar la molécula de glutatión se necesitan tres aminoácidos (glutamato, glicina y cisteína). Una de las funciones del glutatión es reciclar otros antioxidantes, lo que ayuda a incrementar la efectividad y reciclar las moléculas. Por otro lado, las deficiencias de determinadas vitaminas como C, E y A pueden provocar una deficiencia de glutatión. La NAC es un precursor del glutatión reducido y tiene un largo historial de uso contra la intoxicación por acetaminofén, ya que neutraliza de manera eficaz la toxina al recargar el glutatión y prevenir el daño hepático. Estudios previos también encontraron que puede reducir la replicación viral, que incluye al virus de la influenza y es importante destacar que la NAC también ayuda a contrarrestar la hipercoagulación, ya que tiene propiedades anticoagulantes e inhibidoras de plaquetas, lo que en gran parte se debe a que el azufre en la NAC reduce los enlaces disulfuro entre cadenas por factores de Von Willebrand que contribuyen con la formación de coágulos. Una vez que se rompen los enlaces de azufre del factor von Willebrand, los coágulos comienzan a disolverse y los vasos sanguíneos se abren de nuevo, lo que permite el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. La NAC es una alternativa efectiva y segura a los agentes antitrombóticos disponibles en la actualidad para restaurar la permeabilidad de los vasos después de la oclusión arterial.

Como comenta en el vídeo, Seheult cree que el daño causado por la Covid-19 va más allá del estrés oxidativo y señala que los coágulos de los pacientes con Covid confirmado son ricos en plaquetas, lo que indica otro mecanismo que involucra los enlaces disulfuro, además explica: "Y como ya lo hemos dicho, la N-acetilcisteína y el glutatión reducido, romperán estos enlaces disulfuro, harán que se rompan y acaben con la obstrucción y la hipoxemia que causa el Covid-19; le repito, todo esto es una hipótesis, pero parece encajar a la perfección". Los alimentos que han tenido un impacto positivo en la producción de glutatión incluyen vegetales crucíferos como: el brócoli, el té verde, la curcumina, el romero y el cardo mariano. Dormir bien también podría ayudar.

Y hay diferentes tipos de ejercicio que también pueden influir de forma positiva en sus niveles. En un estudio, los investigadores inscribieron a 80 voluntarios sanos pero sedentarios para medir el tipo de ejercicio que podría tener el mayor efecto y descubrieron que el entrenamiento aeróbico junto con el entrenamiento de fuerza produjo el mayor beneficio.

Se han llevado a cabo muchos estudios y escrito muchas revisiones que demuestran que el glutatión, así como otros antioxidantes, efectivamente juegan un papel en determinar la severidad de Covid-19 y en su prevención.

Incluso se ha visto que dietas **altas en antioxidantes, selenio y zinc influían significativamente en la recuperación de pacientes con Covid-19** y se ha revisado de forma seria su papel en la protección del corazón e hígado de proceso oxidativos comunes en la inflamación. Por revolucionario que le pueda parecer a algunos, sí, las dietas influyen en las respuestas inmunes y en las resoluciones de cuadros infecciosos.

Existen diversas aproximaciones terapéuticas para evitar que la inflamación, el daño endotelial, y sus consecuencias impacten en los pacientes de forma que acaben intubados en cuidados intensivos. Si los médicos conocen y comprenden la patogenia de Covid-19, tal vez recuerden que ellos tienen el conocimiento suficiente y adecuado para evitar aplicar "protocolos unitalla" para tratar Covid-19, sino para entender lo que ocasiona el virus SARS-CoV-2 en el contexto de su paciente, que tiene una edad, sexo, historia clínica, nutrición y condición determinados.

Una de las formas de tratamiento preventivo y muy temprano recomendadas por los médicos de Covid y la literatura académica, es la irrigación nasal y oral con una solución de betadine y enjuague bucal, respectivamente. Está diseñado para reducir la carga viral, que es fundamental para evitar enfermedades graves. Aquí un vídeo del Dr. Jeffrey S. Rosenbloom en el que explica cómo utilizarlo. Un ensayo controlado aleatorio en Bangladesh de 606 personas, la mitad de las cuales tomó los aerosoles de yodo nasal y oral, logró una reducción del 84% en las hospitalizaciones por Covid y una reducción del 88% en la mortalidad.

Se ha establecido que el yodo tiene una actividad antimicrobiana de amplio espectro contra patógenos bacterianos, virales, fúngicos y protozoarios y se ha utilizado como antiséptico para la prevención de infecciones y el tratamiento de heridas durante décadas", dijo el Dr. Eric Hensen, un médico de oído, nariz y garganta certificado por la junta en Texas en una entrevista con TheBlaze. Hensen, que ha estado tratando a cientos de pacientes con Covid de forma gratuita en su oficina del este de Texas y a través de la telemedicina, nunca ha habido enfermos significativos de Covid y lo atribuye, en parte, a su uso de irrigación nasal y oral que ha permitido reducir las peligrosas cargas virales.

Ionizadores

En la última década se han acumulado evidencias que permiten afirmar que los radicales libres y el conjunto de especies reactivas que se les asocian juegan un

papel central en nuestro equilibrio homeostático. Las reacciones químicas de los radicales libres se dan constantemente en las células de nuestro cuerpo y son necesarias para la salud, pero el proceso debe ser controlado con una adecuada protección antioxidante. Entre los antioxidantes que se ingieren por la dieta destacan las vitaminas y los compuestos fenólicos que por diversos mecanismos neutralizan especies radicalarias. Estas especies pueden encontrarse en el plasma sanguíneo, el que puede estabilizar especies reactivas del oxígeno, previniendo reacciones que pueden generar especies aún más nocivas. Es de especial importancia su consumo moderado a través de la dieta y evitar los factores de riesgo que inducen reacciones oxidativas en nuestro organismo.

¿Qué es un radical libre?

Se trata de átomos o grupos de átomos que tienen un electrón desapareado o libre. Hay que recordar que los electrones gravitan alrededor del núcleo del átomo, al igual que los planetas alrededor del Sol, solo que apareados. Si uno de estos electrones, por cualquier motivo, se sale de su órbita, ese átomo o grupo de átomos, se convierten en un radical libre, altamente inestable. Para recuperar dicha estabilidad, tiene que "robar" un electrón a otro átomo vecino (un proceso denominado oxidación), lo que hace que éste se vuelva reactivo, y así sucesivamente, en lo que se llama reacción de propagación. Los radicales libres son muy reactivos y existen durante cortos períodos de tiempo (típicamente menor que 1ns) pero su efecto es extremo pues puede dañar la cadena de ADN. Son altamente inestables y recorren nuestro cuerpo intentando robar un electrón con vistas a recuperar su estabilidad electroquímica. Esto las hace muy peligrosos, porque para conseguirlo atacan moléculas estables. Una vez que el radical libre ha conseguido robar el electrón que necesita para aparear su electrón libre, la otra molécula se convierte a su vez en un radical libre, iniciándose así un ciclo destructivo para nuestras células. Al tratarse de átomos a los que les falta un electrón, intentan recuperarlo robándolo dentro del cuerpo de manera agresiva. Cuándo el proceso de recuperación del electrón se produce dentro de la célula, el núcleo de ésta puede ser dañado. Es algo que afecta al material genético celular y la célula degenera transformándose en cancerígena.

Están presentes tanto en las células de organismos como en el ambiente y a la larga oxidan todos los compuestos biológicos por medio de sus metabolitos reactivos. Causan la oxidación y peroxidación de lípidos, la desnaturalización de proteínas y la despolimerización de polisacáridos. Los RL alteran el ADN, rompen las membranas celulares, inactivan enzimas, interfieren con la inmunogenicidad y provocan carcinogénesis. En relación con las enfermedades, los RL son liberados durante la inflamación, isquemia o hipoxia de los tejidos.

Los radicales libres debido a su conformación, tienen el potencial de dañar las células de nuestro organismo que entran en contacto con ellos. En el organismo humano, los radicales libres se producen normalmente durante el metabolismo aeróbico celular, principalmente a nivel de la cadena respiratoria mitocondrial, fagocitosis, síntesis de prostaglandinas, y el sistema de la citocromo P450 en el hígado. Los radicales libres también se pueden generar a partir de reacciones no enzimáticas como las reacciones del oxígeno con compuestos orgánicos, y las

producidas por las radiaciones ionizantes y no ionizantes. El daño del tejido puede ser lo suficientemente serio como para conducir a la muerte celular. Nuestro organismo se defiende del ataque de los radicales libres mediante el Sistema Antioxidante Endógeno. Por ello existe en nuestro organismo un delicado equilibrio entre la producción de radicales libres, necesarios por parte de nuestro sistema inmune, y la neutralización de radicales libres cuando se producen en exceso. La mayoría de las veces la pérdida de este equilibrio en nuestro cuerpo provoca la presencia de cantidades exageradas de radicales libres, induciendo daño a las macromoléculas de la célula como acidosis nucleicos (ADN y ARN), proteínas y lípidos, que pueden conducir a mutagénesis y cáncer o a la muerte celular; en cualquier caso, aceleran el proceso de envejecimiento y posibilitan el desencadenamiento de enfermedades diversas.

Los RL son útiles contra bacterias y virus, pero actúan sobre el organismo aún después de haber concluido sus funciones en el metabolismo normal y en la lucha contra las infecciones. Por otra parte, el exceso de RL se neutraliza gracias a los mecanismos de defensa naturales del cuerpo, por ejemplo, la generación de enzimas oxidorreductasas como superóxido dismutasa, catalasa y peroxidasa. Si la concentración de estas enzimas es insuficiente, entran en juego los "barredores" antioxidantes no enzimáticos presentes en el cuerpo: betacaroteno, vitaminas A, E y C, cisteína, metionina, tirosina, selenio, ácido úrico, transferrina, cobre, cinc y manganeso. En un organismo saludable hay un buen equilibrio molecular entre la generación de RL y de sustancias protectoras, pero si la balanza se inclina a favor de los radicales libres, los daños generales por oxidación llevan a envejecimiento prematuro, cataratas, carcinogénesis y aterosclerosis. A su vez, esta última provoca hipertensión, angina, isquemia, accidentes cerebrovasculares y otros problemas. Las situaciones que estimulan la producción excesiva de RL son el tabaquismo y alcoholismo; la contaminación atmosférica por carcinógenos y mutágenos; insecticidas y herbicidas; la exposición excesiva a rayos ultravioleta, a reactores y a desastres nucleares; los agentes químicos para procesar alimentos, y los medicamentos anticancerosos. También desempeña un papel decisivo la "contaminación mental", es decir los pensamientos negativos que nacen de los celos, la ira, la avaricia y el odio. Otros efectos deletéreos se deben a estrés emocional o causado por el dolor (con aumento de glucocorticoides y catecolaminas) y al uso de ciertos medicamentos, por ejemplo antiangina. Entre los medios farmacológicos de combatir esos efectos cabe mencionar la nutrición clínica aplicada, terapia de oxígeno hiperbárico y deferroxamina, ácido edético (quelante de RL), enzima superóxido dismutasa, vitaminas A, C y E, alopurinol (inhibidor de la xantina oxidasa), dimetilsulfóxido y ditiotreitol (eficaces contra los daños producidos en los tejidos por radiactividad), bloqueadores de la vía del calcio como nifepidina y verapamil, inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina (ACE) como el captopril, y el vasodilatador pentoxifilina. Entre los medios no farmacológicos más efectivos deben considerarse el cese del consumo de tabaco y alcohol; el inicio de ejercicio físico, yoga y meditación trascendental (producen superóxido dismutasa y disminución de los RL); y el consumo de suplementos nutricionales (ricos en vitaminas y minerales).

Hay relación muy estrecha entre los radicales libres y algunos problemas de salud. Por ejemplo dolores corporales; jaquecas; nauseas; mareos; irritaciones oculares; cansancio excesivo; desmayos; desequilibrios electrolíticos, etc. También retención de líquidos; tensión baja; desequilibrios circulatorios; hemorragias; inflamaciones; pérdida de reflejos; embolias pulmonares; trombosis; estrés; desequilibrios emocionales; ausencias; apatía; bajo rendimiento intelectual; depresión; ansiedad; tendencia al suicidio; inducción a la drogadicción, etc.

Se puede decir que todos pueden ser problemas secundarios derivados de esto. De hecho, son trastornos considerados como subjetivos. Eso hace que sean condiciones que no se pueden relacionar con un fenómeno del que a nadie parece interesarle hablar. Pero no deja de ser sorprendente que sean problemas comunes para la gran mayoría de personas que permanecen en zonas en las que la electropolución o los campos electromagnéticos están presentes con elevadas cargas positivas.

El colesterol, sabemos que se acumula en las arterias dando origen a la arteriosclerosis. El resultado son infartos y otras enfermedades cardiovasculares. Pero hay que saber que el colesterol es una sustancia muy necesaria para el cuerpo. Cumple importantes funciones que tienen que ver con el metabolismo y la redistribución de las grasas. Pero este elemento se torna en peligroso cuándo se forman depósitos de colesterol en las venas. Ahora se sabe que estos depósitos de colesterol se forman por reacciones químicas causadas por los radicales libres o iones de carga positiva. Son moléculas de colesterol oxidadas. Han modificado su composición a causa de los radicales libres, depositándose en las venas. Hay estudios que pretenden aportar luz sobre la relación de enfermedad de Parkinson, la artritis reumatoide, la enfermedad de Alzheimer y algunos tipos de cáncer y los radicales libres.

La radiación ionizante con iones positivos en el ambiente, pueden producir la formación de radicales libres. Dichas radiaciones ionizantes pueden provenir de fuentes eléctricas o electrónicas, de campos electromagnéticos externos: antenas de telefonía móvil, electrodomésticos, aparatos de comunicación, sobre todo transformadores de carga de móviles, etc. También alfombras y moquetas de materiales acrílicos que contienen cargas de electricidad estática importantes. Y que además contribuyen a la acumulación de electropolución.

La función celular y orgánica está basada, regulada y coordinada por diferencias de gradientes o potenciales iónicos y moleculares bioquímicos y posteriormente electromagnéticas de baja frecuencia e intensidad. Esta actividad inicialmente bioquímica y posteriormente electromagnética queda expresada gráficamente con los electroencefalogramas, electrocardiogramas, electromiogramas, y, más recientemente, electromagnetogramas. Las ondas electromagnéticas generadas por las corrientes eléctricas y por las microondas (telefonía, telefonía móvil, radiofrecuencias, telefrecuencias, radares civiles y militares, etc.) interfieren y distorsionan el funcionamiento normal del organismo humano. Aunque en la bibliografía científica hay cierta controversia, se han publicado con suficiente rigor metodológico diversos efectos nocivos en las personas expuestas.

Los principales efectos perjudiciales de la exposición a campos electromagnéticos son los siguientes:

- Trastornos neurológicos como irritabilidad, cefalea, astenia, hipotonía, síndrome de hiperexcitabilidad, somnolencia, alteraciones sensoriales, temblores, mareos.
- Trastornos mentales: alteraciones del humor y del carácter, depresiones, tendencias suicidas.
- Trastornos cardiopulmonares: alteraciones de la frecuencia cardiaca, modificaciones de la tensión arterial y alteraciones vasculares periféricas.
- Trastornos reproductivos: alteraciones del ciclo menstrual, abortos, infertilidad y disminución de la libido sexual.
- Incremento del riesgo de algunos tipos de cáncer, como las leucemias agudas y los tumores del sistema nervioso central en la infancia.
- Trastornos dermatológicos: dermatitis inespecíficas y alergias cutáneas.
- Trastornos hormonales: alteraciones en el ritmo y niveles de melatonina, substancias neurosecretoras y hormonas sexuales.
- Trastornos inmunológicos: alteraciones del sistema de inmunovigilancia antiinfecciosa y antitumoral.

El riesgo potencial de estas complicaciones es mayor en los siguientes grupos poblacionales: época pediátrica, tercera edad, mujeres embarazadas y lactantes, y, especialmente, entre portadores de prótesis metálicas y marcapasos. Lo anteriormente dicho está corroborado a día de hoy por la EPA (Environmental Protection Agency) estadounidense y por la IARC (International Agency for Research of Cancer).

Durante décadas los científicos han intentado explicar cómo interacciona el campo electromagnético con un sistema biológico, aún cuando éste no tenga energía suficiente como para ionizar un átomo o inducir calor. Las bases de la interacción electromagnética con un medio material fueron resueltas hace más de un siglo a través de las ecuaciones de Maxwell. Sin embargo, la aplicación de estas bases a un sistema biológico es muy complicada debido a la extrema complejidad y múltiples niveles de organización de los organismos vivos, además de la gran variedad de propiedades eléctricas de los tejidos biológicos. Aunque la evaluación de riesgos está generalmente basada en datos experimentales de sistemas biológicos, es necesaria la consideración de posibles mecanismos, por dos razones básicas: la primera es que los datos experimentales de efectos de campos de radiofrecuencia son inconsistentes y fragmentados en muchos aspectos, de manera que una comprensión de los mecanismos biofísicos sobre los efectos estudiados puede ayudar a racionalizar

y entender los datos. La segunda razón es que es necesario extrapolar datos desde una condición de exposición a otras y, para una extrapolación fiable, algún entendimiento de los mecanismos es necesario. Por lo tanto, el conocimiento de los mecanismos de interacción es esencial para identificar procesos apropiados de dosimetría, para predecir las relaciones dosis-respuesta, para diseñar mejores experimentos y para servir de base para determinar si ciertos niveles de exposición provocan daños en los tejidos biológicos.

Los campos eléctrico y magnético que interaccionan con el cuerpo debidos a una fuente próxima pueden causar dos tipos de efectos biológicos, unos térmicos y otros no térmicos. Los efectos del campo magnético varían con la frecuencia y son, probablemente, más importantes en tejidos biológicos con pequeñas cantidades de magnetita, que se comporta como un medio ferromagnético análogo al hierro.

Los efectos térmicos son los que causan un aumento de la temperatura debido a la energía absorbida de un campo electromagnético. La fuerza producida por un campo eléctrico sobre un cuerpo cargado, tales como los iones móviles del cuerpo, produce que éstos se muevan y la resistencia eléctrica a ese movimiento hace que el cuerpo se caliente. El aumento de temperatura se compensa por la termorregulación conducida por el flujo de la sangre. La relación entre el aumento de temperatura y la SAR es muy complicada, debido principalmente a lo complicado de modelar la influencia del flujo de sangre sobre la transferencia de calor.

La radiación electromagnética puede producir efectos no térmicos. En general, pueden surgir cambios detectables sólo si el efecto del campo eléctrico con el medio biológico expuesto a un campo electromagnético no está enmascarado por el ruido térmico. Es posible que ciertos tejidos biológicos reaccionen muy sensiblemente a ciertas frecuencias resonantes. Otro mecanismo no térmico proviene de las moléculas que se polarizan con el campo eléctrico pudiendo producirse atracciones eléctricas entre ellas. Otro mecanismo no térmico está asociado al movimiento de corriente a través de las membranas que tienen un comportamiento fuertemente no lineal. Esto significa, que cuando se aplica una tensión a una membrana la corriente no es proporcional a ella.

Los campos eléctrico y magnético de muy baja frecuencia (ELF entre 0-30 KHz) se encuentran comúnmente en nuestro entorno. Normalmente la discusión sobre los efectos se restringe normalmente al campo magnético que es producido por corrientes alternas o campos variantes en el tiempo cuya intensidad y dirección cambien de forma regular. Estos campos provienen principalmente de fuentes creadas por el hombre, especialmente de servicios de potencia eléctrica, electrodomésticos y sistemas de comunicación. En los hogares las fuentes de estos campos son por ejemplo mantas eléctricas, calentadores de agua, secadores de pelo, afeitadoras eléctricas, televisiones, terminales de vídeo, sistemas de música, sistemas de aire acondicionado, tubos fluorescentes, frigoríficos, estufas y cualquier otro electrodoméstico. En los lugares de trabajo son comunes fuentes de radiación ELF tales como

ordenadores, máquinas de fax, copiadoras, luces fluorescentes, impresoras, scanners, centralitas telefónicas, motores y otros dispositivos eléctricos.

Durante mucho tiempo, los investigadores han intentado diversas teorías de interacción de frecuencias de ELF. Aunque la radiación de ELF no puede romper, debido a su baja energía, ningún enlace químico por débil que sea, existen mecanismos de interacción bien definidos que muestran la interacción con los tejidos biológicos sin necesidad de romper enlace alguno. Los campos eléctricos pueden crear fuerzas sobre moléculas cargadas o neutras o sobre sistemas celulares dentro de sistemas vivos. Estas fuerzas pueden causar movimiento de partículas cargadas o inducir tensiones entre las membranas de las células. Los campos magnéticos también pueden producir fuerzas sobre estructuras celulares, pero como la mayoría de los medios biológicos son no magnéticos, estas fuerzas son muy pequeñas. Además, los campos magnéticos pueden producir campos eléctricos en el interior de los cuerpos.

Aunque los campos eléctrico y magnético ocurren juntos, la mayoría de los estudios únicamente se centran en los efectos del campo magnético. El argumento es que el campo magnético es muy difícil de apantallar y penetra fácilmente en los edificios y en la gente, contrariamente a lo que le sucede al campo eléctrico que tiene poca habilidad para penetrar en los edificios y en los humanos.

Los campos magnéticos estáticos pueden influir en la respuesta de reacciones químicas entre pares de radicales libres. Puesto que el período de vida de los radicales libres es muy pequeño y los campos de ELF tienen un período muy alto, básicamente actúan, para estos casos, como los campos estáticos. Campos magnéticos con intensidades menores que 50 μT no producen efectos biológicos significativos pues cualquier efecto se añadiría al campo geoestacionario que varía entre 30 y 70 μT.

El aire que respiramos está compuesto de nitrógeno (78%) y oxígeno (alrededor del 20%), que es el elemento más importante para los seres vivos, y contiene también un 1% de gases nobles (argón, neón, metano, kriptón y helio), además de dióxido de carbono (0,03%) y vapor de agua (0,97%). En el exterior y en el interior de los edificios el aire tiene partículas en suspensión. Estas partículas provienen de los gases de la combustión del tráfico y de la calefacción, del humo de las fábricas, refinerías y cementeras que se introducen en el interior. Se ha comprobado que el aire interior está más contaminado porque hay una contaminación debida a los productos de limpieza, los ambientadores, los disolventes, los plásticos, las fibras sintéticas, las pinturas, los barnices, el formaldehido, los aparatos eléctricos, las lámparas y muchas más. El aire está cargado de electricidad. Hay iones positivos (los malos) que los generan todos esos contaminantes. Hay iones negativos (los buenos) que eliminan el efecto de los malos.

Como se comentó anteriormente, respirar aire con predominio de cargas positivas puede producir depresión, irritabilidad, dolores de cabeza, cansancio, insomnio, malestar general y enfermedades respiratorias. Cuando el aire tiene un

predominio de iones negativos observamos lo siguiente: se despeja la mente, pensamos mejor, estudiamos mejor, nos concentramos más; relajación; mejoras en enfermedades respiratorias, disminuye la agresividad y la ansiedad; regula la tensión arterial; ayuda a disminuir el dolor; disminuyen las alergias; rejuvenecimiento físico y mental; recuperación de la memoria; mejora del aparato digestivo; elimina del aire las partículas de polvo, contaminantes, alérgenos, humos, bacterias y virus, entre otras.

Un ionizador de aire o generador de iones negativos es un dispositivo que utiliza alta tensión para ionizar (cargar eléctricamente) especies de diferente naturaleza, presentes en el aire. Produce millones de electrones por centímetro cúbico. El proceso de ionización elimina las partículas del aire, sean las que sean, sin producir ningún residuo tóxico. Los ionizadores se deberían llamar "electronizadores" porque lo que producen son electrones que van a dar lugar a iones; un ion negativo (anión) es un átomo que ha ganado un electrón y un ion positivo (catión) es un átomo que ha perdido un electrón.

De forma coloquial se puede comparar un "electronizador" con una escopeta de cartuchos llena de perdigones. Cuando se dispara al aire los perdigones chocan contra lo que se quiere cazar y lo inactivan. Cuando un electrón o electrones encuentran un átomo o un cluster de átomos lo convierten en un ion negativo que adquiere masa y lo inactivan. La ionización es un sistema de eliminación activo porque elimina los patógenos en el aire.

Como ya hemos visto, los campos electromágneticos pueden producir radicales libres que desde un punto de vista físico, se pueden considerar como iones positivos. Los ionizadores se encargan de equilibrar la proporción natural de iones positivos y negativos, frente a cualquier fuente de desequilibrio que altere dicha proporción, así pues, los radicales libres generados por cualquier campo electromágnetico, pueden ser eliminados por los "electronizadores". Es una herramienta eléctrica capaz de generar iones negativos que mejoran la calidad del aire interior. La función es de eliminar elementos presentes en el aire de nuestro hogar, tales como: virus, bacterias, partículas tóxicas, hongos, alérgenos y ácaros y malos olores del humo del tabaco o comida. Los ionizadores de aire se basan en el principio de la atracción electrostática. Estos destruyen a las partículas dañinas y los olores mediante la unión de ambas cargas (+,-) que se vuelve más pesadas cayendo en el suelo. Para ionizar el aire, se debe emitir hacia la atmósfera circundante un chorro de electrones. Cuando un electrón se une a un átomo de polvo, alérgeno, humo, moho, gas, bacteria, virus o cualquier otra sustancia, convierte a este átomo en un ion negativo y queda neutralizado. Los iones generados, una vez que han limpiado el polvo de la habitación, ionizan el oxígeno. El exceso, si lo hubiese, hace masa contra las paredes y pierde su carga eléctrica. No hay contraindicaciones en un exceso de iones negativos. Los electrones tienen un periodo de vida muy corto.

En el estudio se analizaron tres purificadores de aire iónicos, que producen iones unipolares por descarga de corona a tasas de emisión relativamente altas, a través de un aerosol monitoreado en tiempo real. Encontraron que eran eficientes para eliminar las partículas de aerosol ultrafinas del aire de una habitación típica.

Una operación de 30 minutos del emisor de iones más potente (VI-2500) eliminó aproximadamente el 97% de las partículas de 0.1 mm y aproximadamente el 95% de las partículas de 1 mm del aire. Una operación de 60 minutos de otros dos emisores [AS150MM (+) y AS150MM (-)] en el mismo ambiente, eliminó aproximadamente el 83% y el 84% de las partículas de 0.1 mm y aproximadamente 79% y 83% de 1 mm.

En otro estudio, mediante el uso de un dispositivo ionizador modificado, describen la prevención eficaz de las infecciones transmitidas por el aire. Infección por virus de influenza A (cepa Panamá 99) entre animales e inactivación del virus (> 97%). El ionizador activo evitó que el 100% (4/4) de los conejillos de indias se contagiaran. Además, el dispositivo capturó de manera efectiva los virus: calicivirus, rotavirus y virus de la influenza, transmitidos por el aire, con tasas de recuperación de hasta 21% después de 40 min en una habitación de 19 m3. El ionizador genera iones negativos, convirtiendo las partículas en el aire/gotitas de aerosol cargadas negativamente y las atrae electrostáticamente hacia una placa colectora con carga positiva. Luego, los virus atrapados se identifican mediante transcripción inversa cuantitativa en tiempo real PCR. El dispositivo permite posibilidades únicas para la eliminación rápida y sencilla de virus del aire y ofrece posibilidades de identificar y prevenir simultáneamente la transmisión de virus por el aire.

La eficacia de la tecnología de ionización bipolar contra una amplia variedad de patógenos se confirmó mediante una investigación colaborativa. La eficacia en la inhibición de las sustancias objetivo en el aire que se indica a continuación se verificó exponiendo esos organismos a una concentración de iones de al menos 3000 iones/cm3. La destrucción efectiva se logró en segundos o minutos dependiendo del microbio, el tiempo de exposición y la concentración de iones. Los estudios han demostrado que se puede lograr un tiempo de destrucción más rápido aumentando la concentración de iones. Por ejemplo, los estudios de Sharp Corporation en colaboración con Retroscreen Virology Ltd demostraron que el virus de la influenza aviar altamente patógena H5N1 podría inactivarse en un 99.9% en diez minutos utilizando una alta concentración de iones bipolares de 50 000 iones/cm3. Sharp también ha demostrado que se puede lograr una reducción del 99% en diez minutos a una concentración de 7000 iones/cm3. Es muy importante comprender que durante las condiciones reales de uso en tiempo real, los sistemas de ionización bipolar funcionan de manera constante y constante con una desinfección continua, de modo que las concentraciones de bolo grandes no son necesarias para la efectividad.

En un estudio, se analiza la efectividad de la ionización negativa del aire para eliminar bioaerosoles virales en un espacio cerrado, la conclusión a la que llegan es que la ionización del aire redujo la infectividad de MRV. Específicamente, el título de virus se redujo a cero después de diez minutos de ionización del aire con una concentración de 106 iones/cm3. En otro estudio en el que analizan el impacto de la mejora de la calidad del aire en la productividad y la salud en el lugar de trabajo, encontraron que los procesadores pueden proporcionar un alto nivel de protección, incluso, contra organismos multirresistente y concluyeron que las reducciones en tos, resfriados y síntomas similares a los de la gripe que

lograron fueron atribuibles a la eliminación de partículas y organismos infecciosos del aire por la acción biocida de los iones negativos. La combinación de mejora de iones negativos para la reducción de partículas debe reconocerse como un medio extremadamente rentable de mejorar la salud y la productividad en lugares de trabajo interiores. En un ensayo realizado en la Universidad de Kansas con virus de la Gripe A (H5N8) en superficies, encontraron que la exposición al sistema RCI-Cell ™ durante 8 horas da como resultado el nivel requerido de inactivación de un aislado de influenza aviar, H5N8, que se utilizó como sustituto seguro del aislado altamente patógeno H5N1. Es probable que el mecanismo de acción de esta tecnología se deba a la química oxidativa que produce la alteración de la envoltura lipídica y el efecto desnaturalizante de las proteínas virales estructurales necesarias para la replicación del virus. En otro ensayo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, analizan la capacidad antiviral de un dispositivo de ionización con respecto a diferentes virus, entre ellos coronavirus. En en 6 horas: reducción del virus H1N1 99.75%, reducción enterovirus 99.994%, reducción coronavirus 100%. Hay bastantes más ensayos, que muestran reducciones del patógeno superiores al 95% y alguno por encima del 90%.

Como hemos podido comprobar, las consecuencias para la salud de los radicales libres y de la exposición a campos electromagnéticos, son parecidas a las de la Covid. Si el supuesto virus no se ha aislado, no es posible demostrar su existencia y entonces, es científicamente poco creíble que pueda causar los síntomas que se engloban dentro del síndrome y por tanto, es obvio que debe existir otra causa o causas y una de ellas, podría ser la exposición a campos electromagnéticos.

Alternativas en desarrollo

También hay otras englobadas en esas líneas de investigación que aún se están desarrollando, y que se pueden considerar como prometedoras:

- *Mefloquina*

En un estudio innovador, un equipo de científicos japoneses de destacadas universidades e instituciones de investigación ha descubierto un medicamento contra la malaria, la mefloquina, un derivado de la hidrocloroquina, como cura eficaz contra el SARS-CoV-2. Los científicos también modelizaron matemáticamente la eficacia de la mefloquina para predecir su posible uso si se aplica para tratar el Covid. Calcularon que la mefloquina podría reducir la carga viral global de los pacientes afectados a menos del 7% y acortar el tiempo necesario para eliminar el virus a 6.1 días.

- *Antiviral de Pfizer*

Es un antiviral oral, un inhibidor de la proteasa, una enzima esencial para que el virus se multiplique. Está siendo desarrollado por Pfizer y ya se está probando con pacientes. Según la compañía, mostró una acción "potente" en pruebas in vitro en el laboratorio y está diseñado para usarse ante los primeros síntomas de la Covid-19.

Los inhibidores de la proteasa ya se utilizan contra el VIH y los virus de la hepatitis C. Incluso uno de estos fármacos, lopinavir-ritonavir, originalmente utilizado contra el VIH, fue incluido en un importante proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para probar tratamientos considerados prometedores por la entidad contra la Covid-19. Sin embargo, unos meses después del inicio del proyecto, llamado Solidaridad, la OMS anunció que había detenido los estudios con lopinavir-ritonavir ya que las investigaciones no demostraron que el tratamiento tuviera efecto en la reducción de la mortalidad en personas hospitalizadas.

Pfizer empezó a desarrollar este medicamento, bautizado PF-07321332, en marzo de 2020 y lo estaba evaluando en combinación con ritonavir, que ya se usa contra el virus del sida.

El ensayo clínico involucró a 2600 adultos que apenas tengan señales de infección de Covid o que acaben de saber que estuvieron expuestos al virus.

El gigante farmacéutico Pfizer Inc., hace poco anunció que su píldora "revolucionaria" para tratar el Covid-19 tenía una "eficacia abrumadora" en los ensayos clínicos. La compañía planea solicitar la aprobación de la píldora (un medicamento que llamó Paxlovid) de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) antes del Día de Acción de Gracias el 25 de noviembre. Pfizer, al igual que su competidor Merck, que está desarrollando su propia píldora Covid, espera obtener la aprobación para la distribución del medicamento antes de fin de año. Ocho cosas que debe saber sobre la nueva píldora Covid de Pfizer:

1)*La píldora no significa el fin de los mandatos de la "vacuna"*.

Poco después de emitir un comunicado de prensa, el director ejecutivo de Pfizer, Albert Bourla, calmó a los inversores preocupados por una posible disminución en las ventas de "vacunas" Covid. Según CNBC, Bourla le dijo a Squawk Box que: "El hecho de que tengamos un tratamiento no es en absoluto una razón para no "vacunarnos". De hecho, deberíamos vacunarnos. Algunos, lamentablemente, contraerán la enfermedad".

2)*Pfizer no completó su ensayo clínico de su píldora Covid*.

El ensayo de Pfizer se detuvo anticipadamente, por recomendación del Comité de Monitoreo de Datos independiente que supervisa sus experimentos, luego de que Pfizer informara de la "eficacia abrumadora" del medicamento. Esta terminación anticipada de un ensayo clínico se utiliza para permitir que la compañía farmacéutica presente más rápidamente sus hallazgos a las agencias reguladoras.

Sin embargo, al truncar un experimento antes de que alcance sus puntos finales predeterminados, "el efecto del tratamiento estimado puede ser exagerado porque las reglas de detención estadísticas tienden a detener un ensayo en un nivel alto aleatorio".

De hecho, Victor M. Montori, MD, MSc, informó en el Journal of the American Medical Association (JAMA) que:

"Los ECA [ensayos clínicos aleatorios] que se suspenden temprano para obtener beneficios son cada vez más comunes, a menudo no informan adecuadamente la información relevante sobre la decisión de detenerse temprano y muestran efectos del tratamiento increíblemente grandes, particularmente cuando el número de eventos es pequeño. Estos hallazgos sugieren que los médicos deben ver los resultados de tales ensayos con escepticismo".

3)*En Estados Unidos, no puede demandar por eventos adversos, a pesar de que la nueva píldora es un tratamiento y no una vacuna*.

La Ley de Preparación Pública y Preparación para Emergencias (AEE) de 2005 evita que las víctimas de los efectos secundarios de los medicamentos y sus familias demanden a las compañías farmacéuticas cuando el secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) declara una emergencia de salud pública. Este escudo contra la responsabilidad se aplica no solo a las vacunas, sino a cualquier medicamento o producto biológico que el secretario de HHS considere una "contramedida cubierta" para la emergencia declarada.

4)*Pfizer no dice cuántas muertes u hospitalizaciones en sus ensayos clínicos se debieron a Covid*.

The Associated Press informó que todos los participantes en los ensayos clínicos de Pfizer para su nuevo medicamento Covid "se consideraron de alto riesgo de hospitalización debido a problemas de salud como obesidad, diabetes o enfermedades cardíacas". Dado que cada participante del estudio sufre de tales comorbilidades, cada una de las cuales por sí sola puede causar la muerte incluso en ausencia de una infección, es imposible determinar la eficacia del fármaco sin antes determinar si las muertes u hospitalizaciones se produjeron debido a Covid-19 o simplemente a PCR-Covid-19 (o, más exactamente, con una prueba de PCR positiva, ver más abajo).

Además, el grupo utilizado en el experimento, los individuos no "vacunados" de alto riesgo, puede ser un grupo particularmente propenso a la muerte ya que, como ha explicado el Dr. Andrew Bostom, los individuos no "vacunados" y de alto riesgo a menudo no están "vacunados" no por elección, sino porque sus médicos determinan que su salud es demasiado frágil para manejar la "vacuna". Por lo tanto, puede que no sea posible generalizar los resultados del estudio a la población en general.

5)*Pfizer no dice cuántos ciclos de PCR se realizaron antes de declarar que los participantes del ensayo habían dado positivo por Covid-19*. En este informe, ya ha quedado demostrado que es de vital importancia conocer el número de ciclos.

6)*Pfizer no ha anunciado quién espera que pague el costo de 700$ de cada curso de tratamiento*.

Si el gobierno paga la factura de este costoso tratamiento, los impuestos aumentarán o la deuda federal aumentará, o ambas cosas. Si las compañías de seguros pagan algunos o todos los costos de esta terapia, las primas del seguro pueden aumentar. Reuters estima el costo en alrededor de 700$ por paciente, ya que el director ejecutivo de Pfizer, Albert Bourla, "espera fijar el precio de su tratamiento cerca de donde Merck ha fijado el precio de su medicamento. El precio del contrato de Merck en EE. UU. Es de alrededor de 700$ por un curso de terapia de cinco días".

7)*El "nuevo" medicamento no es realmente nuevo*.

La nueva píldora de Pfizer, Paxlovid, en realidad se basa en un inhibidor de molécula pequeña de una proteasa del SARS-CoV descubierto durante la investigación del brote de coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) de 2002-2004 que se originó en Asia. Después de dejar de lado el medicamento, que requirió administración intravenosa, durante casi dos décadas, Pfizer renovó la investigación sobre la formulación y creó una molécula similar que se puede administrar por vía oral. Este medicamento se combina con un medicamento aún más antiguo, ritonavir (un medicamento contra el VIH aprobado para su uso desde 1996) y se administra junto como Paxlovid.

8)*Pfizer no explicó por qué espera que Covid continúe durante más de dos inviernos*.

A pesar de la ausencia de una pandemia que se acerque al nivel de la gripe española de 1918-1919 en los siguientes 100 años, y a pesar de las condiciones de salud mucho mejores que las de 1918, cuando gran parte del mundo sufrió desnutrición y bombardeos durante el racionamiento de alimentos al final de la Primera Guerra Mundial, los funcionarios de salud pública advirtieron en 2019 que pronto se produciría una nueva pandemia e incluso realizaron simulaciones para ella.

Ahora, Pfizer espera que esta pandemia de una vez cada cien años dure más que los dos inviernos de la gripe española. La compañía planea fabricar al menos 50 millones de cursos de su nueva píldora para fines del próximo año, 29 millones de los cuales se usarán en la segunda mitad de 2022, lo que demuestra su creencia de que la pandemia continuará en un tercer invierno. De hecho, Pfizer puede estar esperando que la pandemia continúe más allá de 2022. Su director ejecutivo dijo:

"Se necesitan refuerzos porque sin ellos nunca nos libraremos de este círculo vicioso de la enfermedad".

- *Anticuerpos monoclonales*

El cuerpo humano produce anticuerpos de forma natural para combatir las infecciones. Un supuesto virus nuevo como el SARS-CoV-2, que supuestamente causa la enfermedad de Covid-19, puede "burlar" a los anticuerpos naturales y hacer que se enferme. Los anticuerpos monoclonales se producen en un

laboratorio para combatir una infección en particular, en este caso, la infección por el SARS-CoV-2, y se administran a los pacientes directamente a través de una infusión. Es de esta manera que el tratamiento con anticuerpos monoclonales puede ayudar a los pacientes que tienen un alto riesgo de que la enfermedad avance a un estado grave, para que sus síntomas no empeoren o para que no tengan que ser hospitalizados.

El tratamiento con anticuerpos monoclonales para Covid-19 es diferente a la "vacuna" contra esta enfermedad. Una "vacuna" activa la respuesta inmunitaria natural del cuerpo y evita así ciertos tipos de infección. Algunas "vacunas" para Covid-19 requieren dos dosis con cierto tiempo entre cada una para que el cuerpo pueda desarrollar su propia respuesta inmunitaria a la enfermedad. Pero si ya tiene el virus, el tratamiento con anticuerpos monoclonales le dará los anticuerpos que necesita para protegerse. Se extraen del plasma de la sangre de pacientes que han logrado superar la Covid-19 con una alta carga vírica. Son copiados y se introducen en medicamentos que generan un tratamiento que es administrado en el momento oportuno de la infección y en el tipo de paciente adecuado.

Hay cierta evidencia preliminar que sugiere que el tratamiento con anticuerpos monoclonales puede reducir la cantidad del virus SARS-CoV-2 en el organismo de una persona, lo que se conoce como carga viral. Tener una carga viral más baja significa que es posible que no tenga que hospitalizarse. La evidencia científica con la que se cuenta hasta el momento indica que la importancia de los anticuerpos monoclonales reside en su capacidad para mejorar la inmunidad pasiva. Estos podrían acelerar los anticuerpos existentes e identificar otros nuevos que podrían ser utilizados como opciones preventivas a la hora de ayudar en la lucha contra la pandemia actual y también contra futuros brotes. Los mAbs se diferencian de los anticuerpos naturales en el hecho de que, estos últimos, pueden tardar semanas hasta que estén listos para combatir una infección y los anticuerpos monoclonales acortan el proceso.

El tratamiento con anticuerpos monoclonales puede ayudar a las personas que tienen síntomas entre leves y moderados de Covid-19 y cuyas pruebas de Covid-19 han sido positivas en algún momento durante los últimos 10 días y tienen un alto riesgo de presentar síntomas más graves.

La FDA está investigando actualmente el uso de anticuerpos monoclonales para evitar que los enfermos del virus sean hospitalizados. Los anticuerpos monoclonales, que se utilizan habitualmente para tratar a los pacientes con cáncer, son proteínas creadas en un laboratorio que se unen a sustancias específicas del organismo.

En mayo, la FDA emitió una autorización de uso de emergencia a GlaxoSmithKline para la terapia de anticuerpos monoclonales sotrovimab para el tratamiento de Covid-19 leve a moderado en adultos y pacientes pediátricos, según un comunicado de prensa. En noviembre de 2020, la FDA concedió una autorización de emergencia para el casirivimab y el imdevimab, también anticuerpos

monoclonales, para el virus, según un comunicado; aunque eso no quiere decir que acaben transformándose en medicamentos seguros y/o eficaces:

Se trata de un tratamiento producido por la farmacéutica Regeneron que utiliza anticuerpos monoclonales que se adhieren al virus para evitar que continúe infectando y duplicándose. Se trata de una potente infusión de anticuerpos que se aplica de manera intravenosa para neutralizar el virus, en lugar de amortiguar la respuesta inflamatoria del cuerpo ante la enfermedad.

Los resultados logrados por el llamado Recovery trial (un ensayo clínico internacional que busca tratamientos que puedan ser beneficiosos para pacientes hospitalizados con Covid-19) sugieren que podría ayudar a una de cada tres personas hospitalizadas con Covid-19 grave. En los ensayos, el tratamiento redujo la mortalidad de personas hospitalizadas cuyo sistema inmunológico no ha generado una respuesta de anticuerpos, denominados seronegativos.

No obstante, presenta riesgos de "efectos secundarios graves e inesperados", según las hojas informativas del medicamento, y se probó en células de la misma línea celular fetal utilizada por los fabricantes de la "vacuna" Covid-19.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) otorgó la autorización de uso de emergencia (EUA) para REGEN-COV en noviembre (llamado Ronapreve en el Reino Unido, donde también está autorizado), antes de ampliar la EUA a principios de este año. REGEN-COV, que consta de dos proteínas creadas en laboratorio que imitan la respuesta inmunitaria del cuerpo, está autorizado para personas no "vacunadas" y "vacunadas" consideradas de "alto riesgo" después de la exposición al Covid-19 o antes de una enfermedad grave.

La demanda de anticuerpos monoclonales de Regeneron ha aumentado en los Estados Unidos en las últimas semanas, ya que las "vacunas" Covid-19 fallan cada vez más en prevenir la transmisión, las hospitalizaciones y las muertes.

REGEN-COV, sin embargo, puede exponer a los pacientes a complicaciones desconocidas potencialmente mortales, según la hoja de datos para pacientes publicada por Regeneron. El documento advierte sobre reacciones alérgicas que pueden ser "graves o potencialmente mortales", así como la posibilidad de "empeoramiento de los síntomas después del tratamiento", algunos de los cuales "han requerido hospitalización". "Estos no son todos los posibles efectos secundarios de REGEN-COV", agrega la hoja informativa. "No se ha administrado REGEN-COV a mucha gente. Pueden ocurrir efectos secundarios graves e inesperados. REGEN-COV aún está en estudio, por lo que es posible que no se conozcan todos los riesgos en este momento".

Además, el cóctel de anticuerpos de Regeneron "podría interferir con la capacidad del propio cuerpo para combatir una futura infección de SARS-CoV-2. De manera similar, REGEN-COV puede reducir la respuesta inmunitaria de nuestro cuerpo a una 'vacuna' para el SARS-CoV-2. No se han realizado estudios específicos para abordar estos posibles riesgos". Otros posibles efectos secundarios enumerados en la hoja del proveedor de atención médica para REGEN-COV incluyen "estado

mental alterado", "reducción de la saturación de oxígeno" y arritmia, entre otras cosas.

Recientemente, la FDA ha denegado la autorización de uso de emergencia para lenzilumab, un medicamento de anticuerpos monoclonales para tratar el Covid-19.

- *El antiviral que puede reducir la carga del virus*

El 6 de marzo, las compañías farmacéuticas MSD y Ridgeback presentaron los resultados preliminares de un ensayo clínico de fase 2 con el antiviral oral molnupiravir, en el que participaron 202 personas infectadas por el coronavirus en EE.UU. y no hospitalizadas. Según un comunicado, después del quinto día de tratamiento, la carga viral se redujo entre los que recibieron tratamiento. Además, los efectos adversos se consideraron irrelevantes y no relacionados con el fármaco. Los detalles y más resultados de la fase 2, incluidos los objetivos principales, se darán a conocer pronto, según el consorcio.

También se están llevando a cabo otros ensayos de fase 2 y 3 con el antivírico. El molnupiravir inhibe la replicación de virus de ARN como el SARS-CoV-2, y ha tenido buenos resultados en el laboratorio no solo con este patógeno, sino con otros como el SARS-CoV-1 y el MERS.

Según un informe publicado por Barron's, algunos científicos están preocupados de que el medicamento, que supuestamente redujo las hospitalizaciones a la mitad, podría causar cáncer o defectos de nacimiento. Merck y su "socio" Ridgeback Biotherapeutics se beneficiarán enormemente al cobrar a los clientes hasta 40 veces lo que cuesta fabricar el medicamento, que Ridgeback originalmente autorizó de la Universidad de Emory por una "suma no revelada". El medicamento se desarrolló con fondos del gobierno federal.

Según Barron’s, algunos científicos que han estudiado la droga creen que su método para suprimir el virus podría potencialmente volverse loco dentro del cuerpo. Algunos científicos que han estudiado el fármaco advierten, sin embargo, que el método que utiliza para matar el virus que causa la Covid-19 conlleva peligros potenciales que podrían limitar la utilidad del fármaco.

El molnupiravir actúa incorporándose al material genético del virus y luego provoca una gran cantidad de mutaciones a medida que el virus se replica, matándolo efectivamente. En algunas pruebas de laboratorio, el fármaco también ha demostrado la capacidad de integrarse en el material genético de las células de mamíferos, provocando mutaciones a medida que esas células se replican.

Si eso sucediera en las células de un paciente en tratamiento con molnupiravir, teóricamente podría provocar cáncer o malformaciones congénitas.

En particular, Raymond Schinazi, profesor de pediatría y director de farmacología bioquímica en Emory, estudió el fármaco mientras se estaba desarrollando y publicó varios artículos sobre el NHC, el compuesto que es el ingrediente activo

del fármaco. Publicó un artículo que mostraba que el medicamento puede producir una reacción como la descrita anteriormente e insistió en que no debería administrarse a los jóvenes, especialmente a las mujeres embarazadas, sin más datos.

Barron's incluso compartió un artículo publicado en el Journal of Infectious Diseases en mayo por Schinazi y científicos de la Universidad de Carolina del Norte que informaron que el NHC puede causar mutaciones en cultivos de células animales en una prueba de laboratorio diseñada para detectar tales mutaciones, algo que Merck afirma que tiene probado. Los autores del artículo concluyeron que los riesgos del molnupiravir "pueden no ser cero".

El Dr. Shuntai Zhou, científico del Swanstrom Lab de la UNC, dijo que "existe la preocupación de que esto cause efectos de mutación a largo plazo, incluso cáncer".

Zhou dice que está seguro de que la droga se integrará en el ADN de los huéspedes mamíferos. "La bioquímica no mentirá", dice. "Este fármaco se incorporará al ADN".

- *Nanocuerpos (también como prevención)*

En un estudio encontraron que los anticuerpos minúsculos producidos por las llamas pueden potencialmente ayudar a tratar el coronavirus. Estas proteínas beneficiosas que combaten los virus podrían administrarse a las personas infectadas a través de un aerosol nasal.

El equipo de investigación del Instituto Rosalind Franklin (RFI) en Oxfordshire incluyó a expertos de la Universidad de Liverpool, la Universidad de Oxford y Public Health England (PHE).

Durante el estudio, los investigadores descubrieron que los nanocuerpos, o un tipo de anticuerpo más pequeño producido por llamas y camellos, pueden atacar eficazmente el SARS-CoV-2.

Los resultados mostraron que dar cadenas cortas de nanocuerpos a animales infectados redujo significativamente los signos de enfermedad. Los investigadores señalaron que los resultados son prometedores, ya que los nanocuerpos se pueden producir en masa fácilmente en un laboratorio, lo que los convierte en una alternativa más barata y sencilla a los anticuerpos humanos.

El profesor Miles Carroll, subdirector del Servicio Nacional de Infecciones en PHE, explicó que el estudio "tenía un enorme potencial", sobre todo porque los nanocuerpos de llama eran algunos de los "agentes neutralizantes del SARS-CoV-2 más eficaces" probados en la agencia.

"Creemos que la estructura única y la fuerza de los nanocuerpos contribuyen a su potencial significativo tanto para la prevención como para el tratamiento de Covid

y esperamos trabajar en colaboración para hacer progresar este trabajo en estudios clínicos".

El profesor Ray Owens, jefe de producción de proteínas en el RFI y autor principal del estudio, explicó que los nanocuerpos son una mejor alternativa a los anticuerpos humanos debido a varios factores.

Son más baratos de producir y pueden administrarse directamente a las vías respiratorias mediante un nebulizador o un aerosol nasal. Estos métodos significan que los nanocuerpos se pueden autoadministrar en casa en lugar de tener que ir al hospital para recibir una inyección.

Y cuando se administra mediante aerosoles nasales, el tratamiento se administra directamente en el sitio de la infección: el tracto respiratorio.

Para el estudio, a la llama se le inyectó una porción de la proteína de pico que se encuentra en el exterior del coronavirus. Y aunque las inyecciones no enfermaron a la llama, activaron su sistema inmunológico para combatir la proteína del virus generando nanocuerpos contra ella.

Luego, los investigadores tomaron una pequeña muestra de sangre del animal y el equipo purificó con éxito cuatro nanocuerpos que podrían unirse al SARS-CoV-2.

Luego, el equipo de investigación combinó las proteínas en "cadenas" para aumentar su capacidad de unirse al virus. A continuación, los nanocuerpos se produjeron en el laboratorio.

Tres de las cadenas de nanocuerpos neutralizaron tanto las variantes originales de SARS-CoV-2 como la variante Alpha. Mientras tanto, una cuarta cadena de nanocuerpos neutralizó con éxito la variante Beta.

Los científicos también administraron una de las cadenas de nanocuerpos a hámsteres infectados con coronavirus. Tras la observación, encontraron que los animales eran más capaces de combatir el virus.

Los hámsters tratados perdieron "mucho menos" peso después de siete días en comparación con los sujetos de prueba no tratados.

Además, los hámsters que recibieron el tratamiento con nanocuerpos tenían una carga viral más baja en sus pulmones y vías respiratorias después de siete días en comparación con los hámsteres no tratados. Esto sugiere que los sujetos tratados tenían menos probabilidades de infectar a otros.

Este estudio no es el primero en examinar los anticuerpos producidos por llamas como una forma potencial de curar el coronavirus. En noviembre de 2020, investigadores estadounidenses de la Universidad de Pittsburgh inyectaron a una llama llamada Wally con proteínas de pico de coronavirus para producir nanocuerpos. A principios del año pasado, investigadores de la Universidad de

Texas descubrieron que los nanocuerpos de llama eran efectivos contra el síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

- *Codivir*

Code Pharma, una empresa farmacéutica holandesa, está desarrollando un medicamento antiviral directo contra el Covid-19. Tras la finalización con éxito de un estudio de fase I, la empresa está iniciando ahora un estudio controlado de doble ciego de fase II en España, Brasil, Sudáfrica e Israel.

Codivir, un péptido sintético corto de 16 aminoácidos derivado de la integrasa del VIH-1, fue descubierto originalmente en la Universidad Hebrea de Israel. Code Pharma descubrió que el péptido tenía un efecto antiviral directo contra el SARS-CoV-2. Los estudios in vitro realizados en el laboratorio británico de investigación virológica Virology Research Services de Londres demostraron entonces una potente actividad antiviral contra el SARS-CoV-2 y otros virus de ARN.

Posteriormente, la Comisión Nacional de Ética de la Investigación (CONEP) aprobó en Brasil un ensayo clínico de fase I de Codivir en pacientes con Covid-19. El ensayo se llevó a cabo en el Hospital Casa de Saúde Vera Cruz de São Paulo, Brasil, con el Dr. Florentino Cardoso como investigador principal. Los resultados del estudio mostraron que Codivir tiene un alto perfil de seguridad, a la vez que suprime de forma significativa la replicación viral en la mayoría de los pacientes evaluados en su totalidad, con un efecto antiviral observado ya a los tres días. Todos los pacientes se recuperaron rápidamente tras el tratamiento con Codivir y no mostraron ningún signo de efectos secundarios muy a menudo asociados a las infecciones por Covid-19. Los manuscritos que describen estos resultados se han enviado a una revista revisada por expertos.

El Dr. Yotam Kolben y el Dr. Asa Kesler, del Departamento de Medicina del Centro Médico Hadassah, que son los autores principales del artículo, declararon: "Los datos preclínicos y los resultados del ensayo clínico respaldan la seguridad de la administración de Codivir en humanos y sugieren su importante efecto antiCovid-19. El uso de un fármaco antiviral directo conlleva el potencial de mejorar las terapias actuales disponibles para el Covid-19". Estos resultados indican que el fármaco puede utilizarse para tratar a los pacientes con Covid-19 que sufren diferentes niveles de gravedad. Debido a su efecto antiviral directo, Codivir puede tener un efecto beneficioso similar en otros virus de ARN, como el de la gripe.

Tras el éxito del estudio de fase I, la empresa está iniciando ahora un estudio controlado de doble ciego de fase II, que se llevará a cabo en España, Brasil, Sudáfrica e Israel, con una cohorte más amplia. En vista de la actual pandemia mundial, Code Pharma ha presentado solicitudes de aprobación de emergencia a varios países. Para responder a la demanda prevista, la empresa está preparando la producción masiva de Codivir en diferentes centros de todo el mundo.

"En la primera y segunda oleada de la pandemia de Covid-19, la mayoría de los fármacos con mecanismos de acción antiviral putativos o probados no han demostrado prolongar significativamente la esperanza de vida", declaró el

profesor Shlomo L. Maayan, director de la división de enfermedades infecciosas del Centro Médico Barzilai de Ashkelon. "'Codivir' tiene un perfil de seguridad muy bueno y un efecto antiviral muy impresionante, tanto en condiciones de laboratorio como en el ensayo clínico de fase I en humanos. Esperamos con impaciencia los resultados de los estudios a doble ciego con Codivir. Puede ser un avance en el campo de la terapia antiviral para los pacientes con Covid-19".

- *Plitidepsina*

Es un fármaco desarrollado para tratar cánceres hematológicos como el mieloma múltiple, cuyo uso está aprobado en Australia (no en Europa, ni en Estados Unidos). La diana terapéutica de este fármaco es la proteína eEF1A2, una proteína celular que el virus necesita para replicarse y para la traducción de proteínas virales. Según estudios in vitro la plitidepsina tiene un potencial 100 veces mayor que otros antivirales para evitar la replicación del SARS-CoV2, incluso frente a variantes como la B.1.1.7. Se han presentado resultados preliminares del ensayo clínico fase II con plitidepsina para el tratamiento de pacientes adultos con Covid-19 que requieren ingreso hospitalario (APLICOVPC). Según estos resultados (comunicados por la empresa), el uso del fármaco demostraría una reducción notable de la carga viral en los pacientes entre los días 4 y 7 posteriores al inicio del tratamiento, una reducción en el tiempo de hospitalización y, una disminución precoz de síntomas o signos derivados de la infección Covid-19. Una de las ventajas de este nuevo fármaco es que hay abundantes pruebas de que no es tóxico a dosis moderadas. Estos resultados han avalado la aprobación del ensayo clínico de fase III NEPTUNO en Reino Unido, que determinará la eficacia de este fármaco para el tratamiento de pacientes hospitalizados con infección moderada de Covid-19. No obstante, no hay aún suficiente evidencia para recomendar su uso fuera de ensayos clínicos.

- *Medicamentos de Merck*

El gigante farmacéutico y un laboratorio estadounidense anunciaron hace poco que un fármaco oral contra el Covid-19 que están diseñando mostró efectos positivos en la reducción de la carga viral. "Sabiendo que existe una necesidad insatisfecha de tratamientos antivirales para el SARS-CoV-2, estos resultados preliminares nos alientan": Wendy Painter, directora de medicamentos de Ridgeback Biotherapeutics. El medicamento redujo significativamente la carga viral en los pacientes después de cinco días de tratamiento. La segunda fase de la prueba (los ensayos tienen tres fases antes de una posible comercialización) se llevó a cabo en 202 pacientes extrahospitalarios que tenían el Covid-19 con síntomas. No hubo alerta en cuanto a seguridad, y de los cuatro incidentes graves reportados, ninguno fue considerado en relación con el fármaco estudiado. "Si se refuerzan con estudios adicionales, podrían tener importantes consecuencias en términos de salud pública": William Fischer, uno de los directores de la investigación y profesor de medicina en la Universidad de Carolina del Norte.

Merck también está trabajando en un tratamiento llamado MK-711. Los primeros resultados de los ensayos clínicos muestran una reducción de más del 50% en el riesgo de muerte o insuficiencia respiratoria en pacientes hospitalizados con formas moderadas a graves de Covid-19.

- *Tempol*

De administración oral, ha arrojado resultados prometedores en el tratamiento de esta enfermedad, como sugiere el estudio hecho sobre cultivos celulares. Puede limitar la infección del virus SARS-CoV-2, al alterar la actividad de la enzima viral denominada ARN replicasa, que permite al nuevo coronavirus replicar su genoma y hacer copias de sí mismo una vez que está dentro de la célula. Para llevar a cabo esta investigación los científicos probaron si esa enzima requiere de cúmulos de hierro y sulfuro como soporte de su estructura y hallaron que en el caso del SARS-CoV-2, dicha enzima necesita de dos cúmulos de hierro y sulfuro para funcionar de manera óptima. Con este hallazgo, los investigadores pueden explotar las debilidades del virus, ya que el fármaco puede reducir esos cúmulos de hierro y sulfuro, de hecho, comprobaron gracias a experimentos en cultivos celulares, que ese medicamento puede inhibir el proceso de multiplicación del virus. Además, según estudios previos de ese fármaco en animales, es posible que las dosis del medicamento usadas en los experimentos antivirales puedan conseguirse en tejidos que son objetivo primario del coronavirus, como las glándulas salivales y los pulmones.

- *Otilimab*

El estudio OSCAR fase II ha arrojado resultados muy interesantes sobre otilimab. Éste presentó un beneficio clínico potencialmente importante en un subgrupo de pacientes que muestran un elevado riesgo ante la Covid-19. Se trata de un anticuerpo monoclonal que sido utilizado en pacientes hospitalizados por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por Covid-19 con necesidad de soporte ventilatorio. El estudio se ha desarrollado en siete hospitales de Madrid, Barcelona y La Rioja. De acuerdo a los resultados del estudio, el 65.1% de los pacientes con edades superiores a los 70 años se mostraban libres de insuficiencia respiratoria 28 días después de haber recibido otilimab junto con el tratamiento estándar, en comparación con el 45.9% de los pacientes que únicamente recibió el tratamiento estándar. La diferencia en la tasa de mortalidad hasta el día 60, muestra una diferencia del 14.4% en favor de otilimab.

- *Doxiciclina*

Es un antibiótico de amplio espectro que tiene efectos antivirales y antiinflamatorios sinérgicos cuando se combina con ivermectina. Por lo tanto, la doxiciclina amortigua la tormenta de citocinas y previene el daño pulmonar. Dado que los pacientes con Covid-19 necesitan tratamiento antivírico y antiinflamatorio y protección contra el daño pulmonar, es necesario estudiar la terapia de combinación propuesta. Como la doxiciclina es económica y está ampliamente disponible, tiene un perfil de tolerancia seguro, es una opción atractiva para el tratamiento de Covid-19, además de aliviar potencialmente las secuelas

pulmonares y también brindar protección contra neumonía bacteriana atípica, como Mycoplasma pneumoniae y Legionella pneumophilia.

Uno de los muchos regímenes de dosificación es de 200 mg por vía oral seguidos de 100 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días y puede extenderse a 30 días si los síntomas persisten o los signos de sobreinfección bacteriana. La doxiciclina puede ser útil con HCQ en pacientes para quienes no se desea la combinación de HCQ y azitromicina.

- *Clofamizina*

Fármaco utilizado para el tratamiento de la lepra, podría ser un candidato potencial para tratar a pacientes con Covid-19. De acuerdo a los resultados de un estudio liderado por el virólogo del Sanford Burnham Prebys Medical Discovery Institute, Sumit Chanda, la clofamizina tiene capacidad para inhibir la replicación del SARS-CoV-2 y el MERS-CoV en cultivos celulares humanos y de mono, además de en tejido pulmonar humano. Mediante modelos de hámster infectado con el SARS-CoV-2 la administración de la clofamizina ha conseguido reducir de forma significativa la cantidad de partículas víricas presentes en los pulmones. Cabe señalar que este medicamento se ha administrado también de forma conjunta con remdesivir (dosis baja) llegando a mejorar notablemente el control viral en el modelo de hámster.

- *Nanomateriales basados en el carbono*

El profesor Ángel Serrano, investigador principal del Laboratorio de Biomateriales y Bioingeniería de la Universidad Católica de Valencia (UCV), ha publicado un artículo de investigación en la prestigiosa revista ACS Nano (índice de impacto 14.6) de la American Chemical Society en el que afirma que nanomateriales basados en el carbono (CBNs, de sus siglas en inglés) con baja o ninguna toxicidad para los humanos son “tratamientos prometedores” contra la neumonía provocada por la Covid-19, junto a otros virus, bacterias y hongos, incluidos aquellos multirresistentes a los fármacos.

Serrano y el resto de investigadores del mencionado grupo han revisado la literatura científica acerca de la actividad antiviral y las propiedades antimicrobianas de amplio espectro de los nanomateriales basados en el carbono, como el fullereno, los carbon dots, el grafeno y sus derivados. En su investigación, han constatado que los CBNs presentan actividad antiviral contra trece virus ARN monocatenarios positivos, incluido el SARS-CoV-2.

Además de su actividad antimicrobiana de amplio espectro, biocompatibilidad, biodegradabilidad y capacidad para inducir regeneración de tejidos, el modo de acción es “principalmente físico” y está caracterizado por un riesgo bajo de resistencia antimicrobiana.

En la investigación liderada por el Laboratorio de Biomateriales y Bioingeniería de la UCV han participado científicos de más de diez países de todo el mundo que forman parte del consorcio SACRED (Self Assembled Covid Research and

Education Directive), que trabaja conjuntamente en la lucha contra el SARS-CoV-2.

- *Aspirina*

Nuevos estudios han confirmado el fuerte efecto antiplaquetario y anticoagulante de la aspirina en pacientes con Covid-19 (es decir, reducción de hiperreactividad plaquetaria), que puede ayudar a prevenir complicaciones por las causas principales de Covid-19 como trombosis, embolia pulmonar y accidentes cerebrovasculares en pacientes de alto riesgo. Como efecto adicional, la aspirina en dosis media también puede reducir o suprimir la tos seca característica de Covid-19. De hecho, la tos seca del Covid-19 parece ser una tos inducida por inhibidores de la enzima convertidora (IECA), mediada por prostaglandinas, y es bien sabido que la aspirina inhibe las prostaglandinas de tipo 2.

Otro estudio estadounidense encontró una reducción en la mortalidad a 30 días en pacientes con Covid-19 del 10.5% (grupo de control) al 4.3% (con aspirina) en los veteranos que tomaban aspirina. Un estudio estadounidense retrospectivo de 400 pacientes encontró una reducción del 43% en el tratamiento de cuidados intensivos y una reducción del 47% en la mortalidad en el grupo de pacientes tratados temprano con aspirina.

- *AT.527*

Este antiviral está siendo probado en pacientes con Covid-19 hospitalizados y se encuentra en la fase II de su ensayo clínico. Se trata de un medicamento que actúa como bloqueador de la enzima ARN polimerasa viral necesaria para la replicación viral.

- *Tratamientos con aerosoles nasales*

Se están realizando otros estudios con aerosoles nasales. Por ejemplo, un estudio in vitro realizado de forma conjunta por investigadores de la Universidad Northwestern y la Universidad Estatal de Utah descubrió que una sola atomización del aerosol sinusal de venta libre Xlear, elaborado con extracto de semilla de pomelo y xilitol, podría reducir y casi eliminar el SARS-CoV -2.

En un comunicado de prensa, los autores del estudio de Xlear dijeron que el estudio abre nuevos caminos porque descubrieron que el aerosol también podría ayudar a evitar el H1N1 y las variantes emergentes del SARS-CoV-2. En su sitio web, xlear.com indica que el aerosol se puede comprar en docenas de farmacias y tiendas de comestibles.

- *AZD7442*

Algunos fármacos son diseñados para evitar que las personas ya contagiadas se agraven; otros medicamentos están dirigidos a pacientes que se encuentran graves. Pero existen alternativas terapéuticas en desarrollo que buscan que una persona no se infecte (profilaxis).

El laboratorio anglosueco AstraZeneca dijo hace poco que un tratamiento que desarrolla contra el Covid-19 mostró “resultados alentadores”, ya que reduce el riesgo de desarrollar una enfermedad sintomática, sobre todo en personas vulnerables. Se trata de una combinación de dos anticuerpos de acción prolongada que, en general, logra una reducción del 77% en el riesgo de Covid-19 con síntomas. La compañía afirmó en un comunicado que su terapia en desarrollo, llamada por el momento AZD7442 y que es administrada por vía intramuscular, no había tenido efectos positivos en personas ya infectadas, pero cuando fue administrada antes del contacto con el coronavirus, lograron resultados esperanzadores. En el ensayo de fase III, que incluyó a más de 5 mil personas, el 75% de participantes tenía comorbilidades. “No hubo casos graves o muertes relacionadas a Covid-19 en los tratados con AZD7442. En el grupo placebo, hubo tres casos de Covid-19 grave, que incluyeron dos muertes”.

Un equipo dirigido por científicos de la Facultad de Medicina Perelman de la Universidad de Pensilvania ha identificado nueve posibles tratamientos nuevos para el Covid-19, incluidos tres que ya están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para tratar otras enfermedades.

El equipo, cuyos hallazgos se publicaron en Cell Reports, examinó miles de fármacos existentes y moléculas similares a fármacos para determinar su capacidad para inhibir la replicación del SARS-CoV-2. A diferencia de muchos estudios previos, probaron las moléculas para determinar la actividad anti-coronaviral en una variedad de tipos de células, incluidas las células del revestimiento de las vías respiratorias humanas que son similares a las principalmente afectadas en Covid-19.

De los nueve medicamentos que reducen la replicación del SARS-CoV-2 en las células respiratorias, tres ya cuentan con la aprobación de la FDA: el medicamento para el rechazo de trasplantes ciclosporina, el medicamento contra el cáncer dacomitinib y el antibiótico salinomicina. Estos podrían probarse rápidamente en voluntarios humanos y pacientes con Covid-19.

Los experimentos también arrojaron luz sobre los procesos clave que usa el coronavirus para infectar diferentes células y encontraron que el medicamento antiviral remdesivir, que tiene una autorización de uso de emergencia de la FDA para el tratamiento de Covid-19, parece funcionar contra el virus en las pruebas de cultivo celular en las vías respiratorias, mientras que la hidroxicloroquina no.

"Nuestros descubrimientos aquí sugieren nuevas vías para las intervenciones terapéuticas contra Covid-19, y también subrayan la importancia de probar fármacos candidatos en células respiratorias", dijo la coautora principal Sara Cherry, PhD, profesora de Patología y Medicina de Laboratorio y directora científica del núcleo de detección de alto rendimiento (HTS) en Penn Medicine.

Para su proyecto de detección, Cherry y sus compañeros reunieron una biblioteca de 3059 compuestos, incluidos alrededor de 1000 medicamentos aprobados por la FDA y más de 2000 moléculas similares a medicamentos que han mostrado actividad contra objetivos biológicos definidos. Luego probaron todos estos para

determinar su capacidad para inhibir significativamente la replicación del SARS-CoV-2 en las células infectadas, sin causar mucha toxicidad. Inicialmente, realizaron exámenes antivirales utilizando tipos de células que podrían crecer fácilmente en el laboratorio e infectarse con SARS-CoV-2, es decir, células renales de mono verde africano y una línea celular derivada de células hepáticas humanas. Identificaron y validaron varios compuestos que funcionaron en las células del riñón de mono y 23 que funcionaron en las células del hígado humano. La hidroxicloroquina, que se utiliza como fármaco contra la malaria, y el remdesivir fueron eficaces en ambos tipos de células. Dado que el SARS-CoV-2, supuestamente, es principalmente un virus respiratorio y se cree que inicia infecciones a través de las células que recubren las vías respiratorias, los investigadores buscaron un tipo de célula respiratoria que pudieran infectar experimentalmente con el virus. Finalmente, identificaron una línea celular adecuada, Calu-3, que se deriva de las células que recubren las vías respiratorias humanas. Utilizaron estas células derivadas de las vías respiratorias para probar los compuestos antivirales identificados a través de la pantalla de células hepáticas humanas y encontraron que solo nueve tenían actividad en las nuevas células. Los nueve no incluían hidroxicloroquina. Remdesivir funcionó en las celdas Calu-3 pero no se incluyó en la lista porque ya está en uso contra Covid-19.

Al identificar diferentes conjuntos de medicamentos que funcionan en diferentes tipos de células, los investigadores también arrojaron luz sobre los mecanismos que usa el SARS-CoV-2 para ingresar a las células. Los hallazgos sugieren que en las células del riñón y del hígado, el virus usa un mecanismo que puede ser alterado, por ejemplo, por hidroxicloroquina; sin embargo, el virus parece utilizar un mecanismo diferente en las células respiratorias, lo que explica la falta de éxito de la hidroxicloroquina en esas células y en los ensayos clínicos de Covid-19.

Los nueve antivirales activos en las células respiratorias incluían salinomicina, un antibiótico veterinario que también se está investigando como medicamento contra el cáncer; el inhibidor de la enzima quinasa dacomitinib, un medicamento contra el cáncer; bemcentinib, otro inhibidor de la quinasa que ahora se está probando contra el cáncer; el fármaco antihistamínico ebastina; y ciclosporina, un fármaco inmunosupresor que se utiliza habitualmente para prevenir el rechazo inmunitario de los órganos trasplantados.

El estudio destaca la ciclosporina como particularmente prometedora, ya que parece funcionar contra el SARS-CoV-2 en las células respiratorias y no respiratorias, y a través de dos mecanismos distintos: inhibiendo las enzimas celulares llamadas ciclofilinas, que el coronavirus secuestra para mantenerse a sí mismo, y suprimiendo la inflamación potencialmente letal de Covid-19 grave. "Puede haber importantes beneficios para el uso de ciclosporina en pacientes hospitalizados con Covid-19, y los ensayos clínicos en curso en Penn y en otros lugares están probando esa hipótesis".

- *Solución salina*

Una nueva investigación demuestra que una simple solución salina detiene la reproducción del SARS-CoV-2, el virus que, supuestamente, causa el Covid-19, casi al momento. El estudio comenzó a principios de 2020 y se publicó en el servidor de preimpresión bioRxiV en agosto de 2020. Ahora se publica en la revista Pharmacology & Translational Science, y los autores dicen: "En este estudio, encontramos que el 1.5 % del NaCl impedía la reproducción del virus en un 100 % en las células Vero, y el 1.1 % de NaCl fue suficiente para impedir la reproducción del virus en un 88 % en las células Calu-3 ".

Los investigadores basaron su trabajo en el éxito confirmado previo con la actividad in vitro del cloruro de sodio (NaCl) contra otros virus de ARN como el mengovirus, virus sincitial respiratorio, influenza A, coronavirus humano 229E y el coxsackievirus B3.

La solución que usaron se considera "hipertónica", en otras palabras, tiene una concentración más alta de NaCl disuelto que la que por lo general se encontraría en una solución de NaCl. Al utilizar la fórmula en células de riñón de mono, descubrieron que es posible que "las soluciones hipertónicas puedan investigarse como una profilaxis o un tratamiento alternativo para los pacientes con Covid-19".

Cuando notaron que "el tratamiento nebulizado con solución salina hipertónica al 3% para bebés con bronquiolitis moderada a grave es seguro sin ningún evento adverso, como broncoespasmo, tos o empeoramiento de las sibilancias" y que los estudios anteriores demuestran que "la irrigación nasal con solución salina hipertónica y las gárgaras podrían haber desempeñado un papel importante en la reducción de los síntomas y la duración de la enfermedad causada por el Covid-19", propusieron que el tratamiento contra la Covid podría involucrar una forma hipertónica de solución salina nasal.

- *Fisetina*

Es una molécula flavonoide que se puede encontrar en frutas y vegetales. Un estudio realizado en animales y publicado en julio de 2021, demostró que podría ayudar a reducir la tasa de mortalidad en adultos mayores con Covid-19. En la actualidad existe un estudio en humanos que está en desarrollo y tiene el fin de analizar el efecto que podría tener en pacientes adultos mayores con Covid-19.

Se trata de una clase de moléculas que pueden matar a las células senescentes. En la actualidad, existen 16 estudios de investigación que están registrados en ClinicalTrials.gov y se dedican a estudiar la fisetina. De estos, 13 se encuentran en las etapas iniciales, ya sea en periodo de inscripción, reclutamiento o aún no han reclutado participantes.

La mayoría de los efectos biológicos que tienen los flavonoides se relacionan con modular las cascadas de señalización celular, ya que esa es la forma en que protegen contra la inflamación, trombogénesis, diabetes y el desarrollo del cáncer. Estudios anteriores demostraron resultados prometedores cuando

utilizaron suplementos para mejorar el control glucémico, la función cognitiva o prevenir el cáncer.

Decidieron estudiar la fisetina para ayudar a reducir la gravedad de la Covid-19 en pacientes de edad avanzada. En un estudio realizado en animales y publicado en julio de 2021, los investigadores estudiaron la respuesta a las señales de estrés que se relacionan con las células senescentes y aumentan con la edad.

Demostraron que las células senescentes aumentan el riesgo de presentar complicaciones de la Covid-19. Debido a que las células senescentes secretan factores proinflamatorios, plantearon la hipótesis de que podrían aumentar la respuesta proinflamatoria, el riesgo de sufrir una tormenta de citoquinas y una insuficiencia multiorgánica.

El compuesto senolítico que utilizaron para acabar con las células senescentes fue la fisetina. Creen que los datos sugieren que "los senolíticos podrían proteger a otras personas vulnerables de los resultados adversos de la Covid-19, en quienes se produce un aumento de células senescentes [SnCs por sus siglas en inglés] (como personas con problemas de obesidad o enfermedades crónicas)".

Los investigadores colaboran con residentes de asilos con asistencia médica especializada que dieron positivo a la prueba de PCR del SARS-CoV-2 y tienen 65 años o más. Se estimó que empezarían a reunir datos en octubre de 2021 y terminarían en diciembre de 2023. La variable principal es un cambio en la gravedad del Covid-19.

Los investigadores quieren evaluar si la fisetina puede ayudar a prevenir que la enfermedad progrese y aliviar las complicaciones. Planean inscribir a 150 pacientes que recibirán un placebo sin ingredientes activos ni fisetina.

- *Tratamiento con ozono*

El ozono se puede aplicar a la desinfección de ambientes contaminados con el virus. La máxima eficacia viricida requiere un breve período de alta humedad (>90% de humedad relativa) después de alcanzar la concentración máxima del gas ozono (20-25 ppm, 39-49 mg/m3). Como gas, puede penetrar en todas las áreas dentro de una habitación, incluidas grietas, accesorios, telas. Se puede utilizar para la desinfección de la habitación de un hospital, del transporte público, la habitación del hotel, la cabina del crucero, la oficina y debajo de las superficies de los muebles, y lo puede hacer mucho más eficazmente que los aerosoles líquidos y aerosoles aplicados manualmente. El ambiente a tratar debe estar libre de personas y animales debido a la toxicidad relativa del ozono por inhalación.

El ozono tiene multitud de efectos biológicos beneficiosos. Dos de los principales son la mejora de la oxigenación a nivel tisular y su efecto inmunomodulador, consiguiendo así que disminuya la respuesta inflamatoria que sufren estos pacientes de coronavirus. A ello hay que unir su potencial efecto viricida.

La ozonoterapia (OT) se considera un tipo de medicina alternativa que consiste en administrar una mezcla de ozono (O_3) y oxígeno (O_2) al cuerpo bajo la hipótesis que tendría un efecto viricida, antioxidante e inmunomodulador. Se utiliza como tratamiento complementario en diversas enfermedades. Las concentraciones son de 1-5% de O_3 más 95-99% de O_2, infundidos por vías tópicas, enterales o parenterales pero nunca vía respiratoria.

Por un lado, el uso de la ozonoterapia para el tratamiento de infecciones virales se basaría en la acción fuertemente oxidante y viricida del gas de ozono, que llevaría a la destrucción directa de los componentes de superficie de la cápside viral. Por otro lado, se basaría en la hipótesis que estimula la respuesta antioxidante que regula la producción de algunas citoquinas proinflamatorias y que podría influir en la respuesta inmune contra las infecciones (IL10, IL-1B y TNF-a).

La ozonoterapia sistémica puede ser "potencialmente" útil en el SARS-CoV-2. La justificación y el mecanismo de acción ya se han demostrado clínicamente en otras infecciones virales y se ha demostrado que es muy eficaz en estudios de investigación. El mecanismo de acción es el siguiente: 1) Inducción de una respuesta adaptativa al estrés oxidativo, por lo tanto, restablece un reequilibrio del estado redox celular. 2) La inducción de IFN-gamma y citocinas proinflamatorias. 3) El aumento del flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos a órganos vitales. 4) Tiene las acciones potenciales para actuar como una autovacuna cuando se administra en forma de autohemoterapia menor.

El planteamiento del uso de la OT como tratamiento de la Covid-19 se basa en evidencia procedente de estudios in vitro que muestran la capacidad del ozono para inactivar virus o inducir la expresión de enzimas antioxidantes y citoquinas (IFN-gamma, TNF-a y IL-4) relacionadas a la inmunidad celular. Otros estudios preclínicos realizados en animales muestran que la exposición al ozono (preventiva o como terapia complementaria a antibióticos) se relaciona con menor daño de tejido pulmonar luego de infecciones bacterianas y sepsis. Por otro lado, los estudios clínicos no controlados muestran que la OT induce cambios bioquímicos y menor carga viral en pacientes con virus de la Hepatitis B, aumento de enzimas antioxidantes en sujetos sanos luego de la OT y regulación de citoquinas proinflamatorias en pacientes con esclerosis múltiple.

Las vías sistémicas incluyen la auto hemoterapia mayor (AHTM), la auto hemoterapia menor (AHTm), la insuflación rectal y la insuflación vaginal; mientras que las vías locales incluyen las inyecciones intradérmicas, intramusculares, intraarticulares, periarticulares o intradiscales. En el caso de las auto hemoterapias, el procedimiento consiste en extraer sangre del paciente en diferentes volúmenes que comprenden 100 a 250 ml (AHTM) y 10 ml (AHTm), mezclarlo con ozono médico (oxígeno-ozono) y re-introducirlo al paciente ya sea por vía endovenosa (AHTM) o intramuscular (AHTm).

Las vías de administración recomendadas son: Solución salina ozonizada (O3SS), autohemoterapia mayor (MAH), oxigenación-ozonización sanguínea

extracorpórea (EBOO) y una variante de la autohemoterapia menor (MiAH). El protocolo clínico debe cumplirse con las dosis y los procedimientos estándar definidos en la Declaración de Madrid sobre la Ozonoterapia. La Ozonoterapia es una terapia complementaria, porque mientras el paciente infectado es tratado con medicina alopática, al mismo tiempo puede recibir el tratamiento propuesto.

Hasta hace poco, no se contaba con resultados de ensayos clínicos aleatorizados y controlados que evalúen el uso de la OT en comparación con el no uso en pacientes Covid-19. Solo se disponía de un reporte de casos (experiencia de dos casos) y un informe técnico desarrollado por el comité científico internacional de ozonoterapia que recomendaba el uso de la OT para pacientes Covid-19 con base en evidencia disponible para otros virus y patologías. Adicionalmente se han identificado 5 ECA en curso que tienen como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de la OT en comparación con no usar OT en pacientes Covid-19.

La administración de ozono puede ayudar a los pacientes con Covid-19 a mejorar notablemente su pronóstico después de solo dos o tres sesiones de tratamiento. Pacientes que estaban a punto de ser intubados y conectados a ventilación mecánica han podido, gracias a la terapia con ozono, no solo evitarlo sino mejorar hasta el punto de no requerir oxígeno. Son los resultados del primer ensayo clínico de ozonoterapia realizado en España en la Policlínica Nuestra Señora del Rosario de Ibiza.

Un equipo del Hospital Policlínica Ibiza, dirigido por el anestesiólogo Alberto Hernández, que ya publicó en The American Journal of Case Reports los resultados en tres pacientes, publicó en International Immunopharmacology resultados con 18 pacientes con neumonía grave por covid-19 ingresados en dicho hospital entre el 20 de marzo y el 19 de abril. A la mitad se les asignó autohemoterapia de ozono y a los demás tratamiento estándar. Los primeros recibieron sangre ozonizada dos veces al día a partir del día de admisión y durante una mediana de cuatro días. Cada tratamiento implicó la administración de 200 ml de sangre autóloga enriquecida con una mezcla de 200 ml de oxígeno y ozono con una concentración de ozono de 40 microgramos/ml. La autohemoterapia ozonizada se asoció con un tiempo más corto de mejoría clínica (7 días [6-10] frente a 28 [8-31]) y mejores resultados a los 14 días (88.8% frente a 33.3%).

Aunque por el momento en nuestro país no se ha extendido su aplicación clínica, sí hay precedentes internacionales con los mismos buenos resultados que los obtenidos en la Policlínica de Ibiza. El Hospital Universitario Santa María della Misericordia de Udine, en Italia, ha tratado con ozonoterapia a 36 pacientes con neumonía por Covid-19 que presentaban insuficiencia respiratoria y un 97% de los mismos no ha requerido intubación. Por otro lado, en China hay 4 ensayos clínicos en marcha y los resultados provisionales son muy esperanzadores.

Un artículo publicado en Diario Médico, en su edición del pasado 16 diciembre, nos cuenta que la Ozonoterapia reduce los días de hospitalización y los marcadores de inflamación y coagulación en pacientes ingresados por Covid-19.

Según este periódico médico, la docena de estudios publicados hasta ahora sobre el uso de la ozonoterapia en Covid-19, gran parte de ellos españoles e italianos, muestran que reduce la estancia hospitalaria así como la necesidad de intubación. En uno de los estudios, publicado en Journal of Medical Viroly, un equipo del Hospital Universitario Umberto I, adscrito a la Universidad la Sapienza de Roma, con resultados de los primeros 28 pacientes de un ensayo que estudiará a un total de 152. Hasta ahora, 14 pacientes han sido tratados con ozono más el tratamiento recomendado para la Covid-19 y otros 14 solamente con el tratamiento recomendado, durante siete días. Los tratados con ozono mejoraron algunos parámetros de la inflamación y la coagulación y necesitaron menos oxígeno. En ninguno se ha registrado toxicidad ni efectos secundarios a diferencia de los tratamientos con antirretrovirales.

En Italia, otro equipo de la Universidad y el Hospital de Udine publicó en Internal and Emergency Medicine otro análisis con auto-hemoterapia tratada con oxígeno/ozono (O_2/O_3) como terapia adyuvante en 30 pacientes con neumonía leve a moderada y los compararon con otros tantos que recibieron solo el tratamiento recomendado. En el grupo tratado con O_3-autohemoterapia más la terapia habitual, los pacientes eran más jóvenes pero con fenotipos clínicos más graves. Se observó una disminución de los fenotipos clínicos en todos los pacientes durante la hospitalización, pero esta mejora clínica fue estadísticamente significativa sólo en los pacientes de la ozonoterapia.

En un número de Virus Research el grupo de Francesco Cattel, de la Universidad de Turín, repasa la evidencia disponible sobre la posible actividad antiviral del ozono en pacientes con Covid-19. "La ozonoterapia parece tener un papel inmunológico debido a la modulación de citocinas e interferones, incluida la inducción del interferón gamma".

Más que en monoterapia, la consideran útil como complemento de los regímenes de tratamiento estándar. Una búsqueda bibliográfica que hicieron entre enero de 2011 y julio de 2020 halló 280 artículos sobre ozonoterapia, de los que seleccionaron 13. En ellos, han observado que "el ozono ejerce actividad antiviral a través de la inhibición de la replicación viral y la inactivación directa de virus. Es un potenciador de medicamentos antivirales y no una alternativa a ellos. El tratamiento combinado con ozono y antivirales demostró una reducción de la inflamación y el daño pulmonar".

Explican que las vías de administración del ozono son intravenosas directas, autohaemoterapia y oxigenación-ozonización extravascular de la sangre. La ozonoterapia sistémica parece útil para controlar la inflamación, estimular la inmunidad y como antiviral y proporciona cierta protección contra los síndromes coronarios agudos y el daño isquémico por reperfusión.

En nuestro país también la ha estado aplicando el grupo de Marcos Edgar Fernández-Cuadros y María Jesús Albadalejo, del Hospital Santa Cristina, de Madrid. En la revista SN Comprehensive Clinical Medicine, proponían "la insuflación rectal como vía sistémica de administración del ozono (95-96%) y que podría extrapolarse al SARS-CoV-2, dados los excelentes resultados observados

en el manejo del Ébola". Describían sus propiedades biológicas para inactivar el virus por oxidación directa (O_3) o indirecta (ROS y LOP) y para estimular los sistemas inmunes celulares y humorales. "El ozono mejora el intercambio de gases, reduce la inflamación y modula el sistema antioxidante, por lo que sería útil en la fase de hiperinflamación o tormenta de citocinas, y en la hipoxemia y fase de fallo multiorgánico". Hace tiempo, publicaron en la misma revista los resultados positivos en cuatro pacientes.

El doctor Alberto Hernández argumenta que hay dos elementos clave en esta enfermedad que están llevando desgraciadamente a la muerte a muchos pacientes: un efecto inflamatorio brutal o 'tormenta de citocinas', y una afectación de la microcirculación con formación de microtrombos. Hay, según este especialista, varias maneras de contrarrestar esa tormenta de citocinas provocada por el coronavirus. Por un lado, la tradicional, administrando corticoides a dosis altas, y con el inconveniente de deprimir el sistema inmune por lo que se debilita el organismo. Y por otro, mediante la administración de vitamina C a altas dosis por vía intravenosa o, aún más sencillo, la administración de ozono, ya que ambos son capaces de contrarrestar la tormenta de citocinas y ambos tienen poder viricida. El ozono además, gracias a su acción sobre los glóbulos rojos, mejora el transporte de oxígeno a los tejidos y en consecuencia la microcirculación al hacer la sangre más fluida y favorecer los valores normales de la presión arterial.

Por tanto, "el ozono permite tratar de manera sencilla los dos principales problemas fisiopatológicos que tienen los pacientes de Covid-19", subraya Hernández, que ha dirigido una publicación sobre este tema en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación, bajo el título: "Dos terapias conocidas podrían ser efectivas como adyuvantes en el paciente crítico infectado por Covid-19". Asimismo ha publicado recientemente un artículo de opinión en la Sociedad de Cuidados Neurocríticos de Estados Unidos.

Un estudio tuvo como objetivo trata dos grupos de pacientes: 60 con un esquema de medicina preventiva y 60 postCovid-19 en fase de rehabilitación. En ambos casos los grupos se dividieron en 4 subgrupos de tratamiento donde se utilizaron las vías de administración de ozono: auto hemoterapia menor, terapia rectal, auto hemoterapia mayor (MAH) o solución salina ozonizada (SSO3). Todos los tratamientos se siguieron sobre la base de los protocolos internacionales estándar, establecidos en la Declaración de Madrid. El estudio tuvo lugar en Caracas, Venezuela con pacientes que dieron su consenso a participar. La aplicación del ozono por las diferentes vías de administración estudiadas en los pacientes en el grupo de prevención, mostró un 0 % de contagios, durante el tratamiento y 12 semanas posteriores. Después de 12 semanas el 16% de los pacientes se contagiaron con síntomas leves. En el grupo en rehabilitación, la recuperación total de los síntomas tuvo lugar entre 1 a 2 meses en dependencia de la vía de administración seleccionada. Las vías más efectivas en este caso fueron la MAH y la SSO3 en las cuales la recuperación tuvo lugar en 1 mes. A pesar de las limitaciones de este estudio, los resultados son alentadores para promover estudios clínicos con un mayor número de pacientes.

Para José Baeza, presidente de la Sociedad Española de Ozonoterapia (SEOT) y vicepresidente de la Federación Mundial de Ozonoterapia (WFOT), "son estudios que apuntan los beneficios de la ozonoterapia en pacientes afectados por la Covid-19. Con cientos de pacientes muriendo todos los días, considero que el uso de la ozonoterapia en esta pandemia debe ser valorado por las autoridades sanitarias. Algunos hospitales ya lo están haciendo de forma compasiva".

- *Melatonina*

Se realizó un estudio publicado en la revista International Journal of Infectious Diseases para observar el efecto que la melatonina podría tener en pacientes adultos con infección grave por Covid-19. Involucraron a 158 pacientes con enfermedades graves en un ensayo clínico, prospectivo, aleatorizado y unicéntrico realizado en Mosul, Irak, desde el 1 de diciembre de 2020 hasta el 1 de junio de 2021.

Los pacientes se dividieron en dos grupos. En el grupo de control, hubo 76 que solo recibieron atención terapéutica estándar. En el grupo de intervención, 82 recibieron atención terapéutica estándar que incluía más de 10 miligramos (mg) de melatonina por día. Luego, los médicos analizaron la incidencia de sepsis, trombosis y mortalidad en los días 5, 11 y 17.

Cuando los investigadores compararon los datos del grupo de control con los del grupo de intervención, descubrieron que los casos de trombosis y sepsis disminuyeron en los pacientes que tomaron melatonina durante la segunda semana. También descubrieron que la mortalidad era mayor en los pacientes que no tomaban melatonina.

Los hombres constituyeron el 72.2 % de los pacientes y la edad promedio fue de 56.3 años con un rango de 32 a 78 años.Los investigadores dividieron el grupo de intervención y de control sin diferencias significativas en relación con las comorbilidades que aumentan el riesgo de sufrir complicaciones de Covid-19, como la presión arterial alta, el asma, la diabetes y las enfermedades cardíacas.

Al medir los criterios de valoración de cada persona, los investigadores descubrieron que para el día 17 había más pacientes con trombosis en el grupo de control, comparado con el grupo que tomaba melatonina. En los primeros cinco días, ningún paciente desarrolló sepsis en ninguno de los grupos. Sin embargo, para el día 11, dos pacientes del grupo que tomaba melatonina desarrollaron sepsis, mientras que en el grupo de control había ocho pacientes.

Al final del estudio, los investigadores descubrieron que había una tasa de mortalidad un 17.1 % más alta en el grupo de control, en comparación con el grupo de melatonina que registró apenas un 1.2 %. La melatonina se administró por vía oral y cuando se agregó al estándar de atención, los investigadores concluyeron:

"Las tasas mejoradas de trombosis, sepsis y mortalidad respaldan la efectividad de la melatonina adyuvante para atenuar esta enfermedad infecciosa. Debido al

desempeño de la melatonina como un medicamento barato, muy seguro y disponible, se recomienda que se incluya en estudios futuros".

El estudio destacado, en el cual se demostró que la melatonina puede reducir los efectos severos del Covid-19, respalda la investigación publicada a finales de 2020 que demostró que el uso de la melatonina se relacionó con una probabilidad 28 % menor de arrojar un resultado positivo en una prueba de Covid-19. Los investigadores comenzaron el estudio para identificar las posibles modalidades de tratamiento con el método de Network medicine y las observaciones clínicas.

El método Network medicine evalúa las redes celulares y los efectos que tienen en la enfermedad y en el tratamiento. Cuando existe una relación a nivel molecular entre las enfermedades, el Network medicine busca posibles tratamientos farmacológicos. Los investigadores utilizaron inteligencia artificial para comparar genes y proteínas del SARS-CoV-2 junto con otras 64 enfermedades.

A partir de estos datos, identificaron afecciones que eran similares y que tenían medicamentos aprobados para el tratamiento. Con esta información, los investigadores identificaron 34 medicamentos aprobados por la FDA que se usan para tratar afecciones similares y que se podrían reconsiderar para tratar la Covid-19.

La lista de afecciones incluye enfermedades autoinmunológicas, pulmonares, anticuerpos específicos y cardiovasculares. A partir de estas afecciones, los investigadores identificaron medicamentos, incluyendo la melatonina, de una lista de categorías que incluían antibióticos, antiinflamatorios, hormonas, betabloqueantes y agonistas B2.

Después de identificar estos medicamentos, los investigadores utilizaron la información junto con los datos de casi 27 000 pacientes hospitalizados en la Clínica Cleveland. Se ajustaron por factores de confusión como la edad, antecedentes de tabaquismo, raza y una variedad de enfermedades concomitantes y descubrieron que la melatonina reducía en un 28 % la probabilidad de arrojar un resultado positivo en una prueba de Covid-19.

El Dr. Marik también utilizó la melatonina para tratar la sepsis. Publicó un artículo en el Journal of Thoracic Disease en febrero de 2020 donde expone los motivos científicos para utilizar la melatonina y ayudar a regular el desequilibrio oxidativo junto con la disfunción mitocondrial, que por lo general se encuentra en la sepsis.

A esto le siguió un artículo publicado en la revista Frontiers in Medicine en mayo de 2020, en el que él y un equipo de científicos publicaron un algoritmo terapéutico que utilizaron para tratar el Covid-19 con melatonina. Sobre esto los expertos afirmaron lo siguiente: "Las múltiples acciones de la melatonina como antiinflamatorio, antioxidante y antiviral (contra otros virus) la convierten en una opción razonable".

Su cuerpo utiliza melatonina para ayudar a proteger su salud de varias maneras. La melatonina es más conocida por la relación que tiene con su reloj circadiano. Aunque los científicos siguen descubriendo algunos de los beneficios del sueño, se sabe que la melatonina es una molécula que regula los problemas subyacentes del sueño.

Existen algunos estudios positivos que demuestran el efecto que tiene la melatonina sobre los trastornos relacionados con los ritmos disfuncionales de la melatonina, como el desfase de horario y el trabajo por turnos. Además, existe evidencia de que la producción de melatonina en las personas con enfermedad de Alzheimer disminuye en las primeras etapas. La mala calidad del sueño aumenta la cantidad de placas de beta-amiloide que son muy importantes para que progrese la enfermedad de Alzheimer.

El descubrimiento de la relación entre la neurodegeneración y el sueño ofrece la posibilidad de utilizar la melatonina para promover un envejecimiento mental saludable y tratar la enfermedad de Alzheimer en las primeras etapas. La melatonina también ayuda a regular la inflamación en el cuerpo, lo que tiene un impacto en las molestias que causa la artritis reumatoide y la osteoartritis.

Un artículo publicado en 2015 investigó la relación entre la melatonina y las recaídas por la esclerosis múltiple, y descubrió que la melatonina mejora los períodos de recaída. También descubrieron que la melatonina afecta la "diferenciación de las células T y que tiene efectos en los trastornos autoinmunológicos como la esclerosis múltiple".

La melatonina ayuda a promover la estabilidad genómica, lo que podría explicar por qué se descubrió que interrumpir la señalización de la melatonina promueve el crecimiento y el metabolismo del cáncer de mama humano. Las funciones antioxidantes y antiinflamatorias de la melatonina también demostraron su capacidad para proteger la función hepática y tienen un impacto en la enfermedad del hígado graso.

La variedad de efectos que tiene la melatonina en el cuerpo humano es muy relevante. Un estudio de investigación publicado en el Journal of Perinatology demostró que administrar melatonina en niños con hipotermia (enfriamiento de todo el cuerpo), que sufrieron asfixia durante el parto, tuvo un efecto neuroprotector y mejoró la lesión cerebral en los bebés que recibieron hipotermia y cinco dosis enterales diarias de melatonina.

Aunque es probable que los suplementos con melatonina por vía oral tengan beneficios, también ayudan a optimizar su propia producción. Es muy simple y económica, además le ayudará a optimizar sus niveles de vitamina D. Para optimizar la producción de melatonina debe comenzar con obtener suficiente luz de los rayos del sol durante el día, ya que esto ayuda a configurar su reloj circadiano.

A medida que se acerca la noche y se oculta el sol, deberá evitar la luz artificial. La luz azul de las pantallas electrónicas y las luces LED causan muchos problemas

e impiden que se produzca melatonina. Si necesita luz, utilice focos incandescentes, velas o lámparas de sal. La luz azul de las pantallas electrónicas se puede contrarrestar al utilizar un software que bloquea la luz azul o con anteojos que bloquean la luz azul.

La decisión de usar suplementos de melatonina tiene aún más sentido ahora que entendemos que la melatonina no solo se produce en la glándula pineal (que se beneficiaría de la optimización circadiana), sino también en nuestras mitocondrias. Entonces, parece que la melatonina podría servir como un complemento ideal para modular su respuesta inmunológica.

La UE ya incluye cinco terapias prometedoras (49) (50) (51) (52), dentro de lo que llaman "Cartera Covid"; todos los productos incluidos (para tres de ellos, se solicitaría una extensión sobre las indicaciones autorizadas) están en una etapa avanzada de desarrollo y se les asocia un alto potencial para recibir la autorización en octubre de 2021. Cuatro son anticuerpos monoclonales que están en fase de revisión continua en la Agencia Europea del Medicamento (EMA); otro es un inmunosupresor autorizado para otras patologías y del que se espera que se extiendan las indicaciones para el beneficio de estos pacientes. Los cuatro anticuerpos son: una combinación de bamlanivimab y etesevimab de la farmacéutica Eli Lilly (hasta el momento han mostrado una reducción en las hospitalizaciones y mortalidad en casos de Covid-19 de leves a moderado); una combinación de casirivimab y imdevimab de Regeneron y Hoffman-La Roche; regdanivimab de Celltrion y sotrovimab de GlaxoSmithKline y Vir Biotechnology. En cuanto al inmunosupresor, por su parte, se trata de baricitinib desarrollado por Eli Lilly (actualmente está aprobado para determinados casos de artritis reumatoide).

La Administración de Productos Terapéuticos (TGA), organismo regulador de los medicamentos en Australia, ha aprobado provisionalmente el sotrovimab. "Ningún paciente que fue tratado con sotrovimab terminó en un ventilador o en la UCI, en comparación con el placebo, donde se observaron esos resultados", dijo a 9News la doctora Krystal Evans, de GSK. "Se trata del primer fármaco del que existen pruebas fehacientes de que realmente puede evitar que la gente tenga que ir al hospital", declaró el Dr. David Andresen, especialista en enfermedades infecciosas del Hospital St Vincent de Sídney. El profesor Paul Griffin, director de enfermedades infecciosas de Mater Health Services, una empresa de prácticas médicas con sede en Queensland (Australia), afirmó que se trata del primer tratamiento para la Covid leve, ya que los anteriores se centraban en aquellos que se encontraban en estado crítico en el hospital. "El sotrovimab es un tratamiento con anticuerpos que ha demostrado, en buenos ensayos clínicos, tener un impacto dramático en la reducción de la probabilidad de que las personas progresen a la enfermedad grave", dijo Griffin. "Si hay alguien con alto riesgo de desarrollar síntomas graves, puede administrarse. Tiene que administrarse pronto, antes de que la gente se encuentre muy mal, pero en esas personas detiene de forma muy significativa la progresión hacia la enfermedad grave".

El sotrovimab actúa uniéndose a la proteína de la espiga del virus mediante anticuerpos monoclonales fabricados a partir de los naturales que produce el cuerpo humano. La capacidad del virus para entrar en las células, multiplicarse y diseminarse por el organismo depende de esta proteína. El sotrovimab impide que esto ocurra.

En los ensayos clínicos, quienes recibieron una sola dosis tuvieron un 79% menos de posibilidades de hospitalización o muerte. Según Griffin, el sotrovimab ya se está administrando a adultos vulnerables mayores de 55 años con riesgos para la salud, así como a menores de 55 años con comorbilidades importantes como la diabetes o la enfermedad renal.

"Esas personas, obviamente, corren un riesgo muy importante de enfermar gravemente con Covid", dijo. "En los primeros cinco días, antes de que se pongan muy enfermos y antes de que necesiten oxígeno, ese anticuerpo puede reducir su probabilidad de evolucionar hasta requerir hospitalización".

"Los datos de los ensayos realizados en el extranjero son muy prometedores, y sugieren que se puede reducir el riesgo de que un paciente tenga que ir al hospital en unas tres cuartas partes", afirmó el Dr. Andresen.

No es barato (cada dosis cuesta más de 2000 dólares), pero es gratuito para los pacientes del sistema sanitario público australiano. Según los médicos, podría estar indicado para entre el 8 y el 15% de los individuos con Covid-19.

El regulador de medicamentos de la UE aprobó el uso de dos tratamientos con anticuerpos monoclonales para Covid-19, despejando el camino para el uso de las terapias como Regeneron-Roche y Celltrion.

En un comunicado emitido por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) el jueves, el regulador recomendó la autorización del tratamiento Regeneron-Roche para adultos y jóvenes mayores de 12 años, al tiempo que sugirió que Celltrion uno solo debe usarse en adultos.

Ronapreve de Regeneron-Roche y Regkirona de Celltrion son los primeros tratamientos de anticuerpos monoclonales para Covid que el comité de medicamentos humanos (CHMP) de la EMA recomienda para la autorización de comercialización.

Los tratamientos funcionan adhiriéndose a un objetivo específico, en este caso, la proteína de pico, lo que, según se explica, ayuda a aliviar los síntomas y reducir el riesgo de hospitalización y muerte.

Por otro lado, la OMS, prueba otros tres medicamentos: artesunato, imatinib e infliximab. Los tres han sido seleccionados por un supuesto panel independiente de científicos, por su potencial para reducir el riesgo de muerte en personas hospitalizadas por Covid-19. El artesunato (Ipca) se utiliza contra el paludismo grave y formaba parte de la lista de medicamentos esenciales de octubre de 2013 y del tratamiento de la malaria de 2010, ambos de la OMS. El imatinib (Novartis),

se utiliza para el tratamiento de ciertos tipos de cáncer, como la leucemia, desde mayo de 2001. El infliximab (Johnson & Johnson) se utiliza para la artritis reumatoide y enfermedades autoinmunes, como el Crohn. Fue aprobado su uso en Estados Unidos en 1998 y el año siguiente en la Unión Europea (53).

Hace pocas semanas, la OMS actualizó sus recomendaciones e incluyó el uso de dos medicamentos llamados antagonistas de la interleucina-6 en pacientes con Covid-19 grave o crítico. Estos fármacos (tocilizumab y sarilumab), usados originalmente para la artritis, inhiben esa reacción excesiva, con lo cual se reduce el riesgo de muerte y de la necesidad de ventilación mecánica. Se recomienda su uso en ambientes hospitalarios y en conjunto con corticoides. "Estas citoquinas se ven expresadas en las formas severas, los máximos niveles de estas sustancias proinflamatorias se ven en las formas severas que terminan incluso en la muerte. Entonces, tener fármacos que bloqueen a estas sustancias es lo que podría hacer que estos pacientes sobrevivan": Dr. Álex Castañeda. La OMS destacó que "la administración de estos fármacos reduce las probabilidades de muerte en un 13% respecto a la atención habitual", sin embargo, "siguen siendo inaccesibles e inasequibles para la mayor parte del mundo".

Como ha quedado demostrado, existen tratamientos efectivos para la enfermedad llamada Covid-19, por tanto, el dogma oficial que dice que las "vacunas" son la única manera de superar la enfermedad, es también erróneo. Es algo que además es obligatorio comunicar a las personas antes de la inoculación y, esto, no se está haciendo.

Protocolo Covid

No obstante, algunos de dichos tratamientos, como ya he comentado, tampoco parecen seguros según lo que algunos testimonios nos cuentan y que vienen a demostrar también, que una autorización por parte de los organismos reguladores como la FDA, ni mucho menos es sinónimo de seguridad y/o eficacia.

De donde tenemos más datos y más información en general sobre protocolos Covid es de Estados Unidos, así que nos basaremos en esos datos y en algunos testimonios, para intentar explicar las diferentes consideraciones que rodean esos protocolos y que podamos hacernos una idea de lo que está sucediendo, ha sucedido y seguirá sucediendo, en muchos hospitales a nivel mundial, aún siendo conscientes de que dichos protocolos contarán con algunos elementos diferenciados según el país.

El Dr. Bryan Ardis explicó en detalle los peligros asociados con remdesivir, un medicamento que se ha recetado ampliamente a pacientes con Covid-19. Advirtió que **los hospitales que usan remdesivir y ventiladores para tratar a los pacientes con Covid-19 están haciendo más daño que bien, explicando que "estos protocolos están diseñados para matar"**. En España, este medicamento está incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud desde el 3 de marzo. Por tanto, la administración del tratamiento con este medicamento depende del criterio del médico y del hospital y actualmente, se

está usando junto con por ejemplo: lopinavir/ritonavir, interferón β1b, interferón α-2b o Tocilizumab. **“Curiosamente”, como se puede observar en el** documento, **para la administración de todos ellos por parte del médico, se solicita: “Obtener previamente el consentimiento informado del paciente”, sin embargo, para la inoculación de los sueros experimentales, dicho consentimiento deja de ser importante para esos mismos médicos, enfermeros y autoridades en general, ¡muy curioso!**

Hablando en la última conferencia virtual de la Truth for Health Foundation que expone las violaciones de los derechos humanos en los hospitales estadounidenses, el Dr. Bryan Ardis explicó en detalle los peligros asociados con el remdesivir, un medicamento que se ha recetado ampliamente a los pacientes con Covid-19. **En combinación con la ventilación mecánica**, Ardis dijo que **el remdesivir es responsable de acelerar la muerte de "muchos estadounidenses [que ingresan en el hospital] en busca de tratamiento inocentemente"**.

En los pacientes ventilados, el número de muertos es asombroso. Un informe de la Biblioteca Nacional de Medicina de enero de 2021 de 69 estudios en los que participaron más de 57 000 pacientes concluyó que ***las tasas de mortalidad eran del 45% en los pacientes con Covid-19 que recibían ventilación mecánica invasiva, aumentando al 84% en los pacientes mayores***.

El abogado Thomas Renz, anunció en una conferencia de prensa de la Fundación Truth for Health que los datos de CMS mostraban que en los hospitales de Texas, ***el 84.9% de todos los pacientes murieron después de más de 96 horas con un ventilador***.

Luego están las muertes por restricciones sobre tratamientos efectivos para pacientes hospitalizados. Renz y un equipo de analistas de datos han estimado que ***más de 800 000 muertes en los hospitales de Estados Unidos, en Covid-19 y otros pacientes, han sido causadas por enfoques que restringen líquidos, nutrición, antibióticos, antivirales efectivos, antiinflamatorios y dosis terapéuticas de antiinflamatorios***.

Ardis, que forma parte del consejo asesor de la Fundación Truth for Health, se ha pronunciado constantemente en contra de los protocolos hospitalarios para pacientes positivos a Covid-19, que se siguen "al pie de la letra" en todo el país, desde mayo de 2020, debido a preocupaciones sobre la **toxicidad del remdesivir**. El suegro de Ardis murió mientras tomaba un protocolo de remdesivir el año pasado.

Sobre la base de un juicio contra el Ébola, una rara y mortal enfermedad más frecuente en África, Fauci dijo que la droga era “segura y eficaz”. Sin embargo, Ardis examinó los estudios que Fauci citó para concluir sobre la utilidad del remdesivir, y descubrió que "Fauci estaba mintiendo rotundamente al público estadounidense y todavía le están mintiendo".

A la mitad del ensayo contra el ébola, **el remdesivir se eliminó del estudio porque producía una tasa de mortalidad de más del 50% entre el grupo del ensayo**. "Se demostró que Remdesivir a la mitad de ese estudio era el menos efectivo y tenía los totales de muerte más altos de todas las [personas] tratadas" en términos de porcentaje, anotó Ardis.

Un segundo estudio que involucró remdesivir, esta vez del fabricante del medicamento Gilead Sciences, fracasó antes de completarse, y **numerosos sujetos de prueba fueron retirados del medicamento debido a eventos adversos peligrosos**.

"**Para todos los pacientes hospitalizados en tratamiento con Covid-19, no es la infección lo que mata, es el protocolo de tratamiento", debido a la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia hepática y la insuficiencia orgánica múltiple, que son efectos secundarios conocidos del remdesivir. Todos, se han encontrado en más del 30% de todas las personas que tienen Covid-19 y a las que les da remdesivir**". Según otra fuente, en el caso del remdesivir, los estudios muestran que entre el **71 y el 75% de los pacientes sufren un efecto adverso y, a menudo, el fármaco debe suspenderse después de cinco a diez días debido a estos efectos, como daño renal y hepático y la muerte**.

Ardis explicó el proceso mediante el cual la introducción de remdesivir en los cuerpos de los pacientes con Covid comenzará a ralentizar su recuperación y, en su opinión, agravará su condición e incluso acelerará su muerte.

"Primero, vas a tener esta incapacidad para respirar", dijo. "Entonces te van a poner inmediatamente remdesivir. Se ha comprobado que remdesivir apaga los riñones y causa insuficiencia renal aguda en los días tres, cuatro y cinco de tratamiento. Cuando apagas los riñones y bombeas agua salada a las venas de un paciente, vas a retener agua".

"La función de su riñón es excretar la mayor parte del agua de su cuerpo en forma de orina. Cuando apagas los riñones de estos pacientes, en realidad haces que su cuerpo retenga agua. Se inunda alrededor del saco tendinoso en el que se encuentra el corazón. Luego inunda sus pulmones y conduce a lo que se llama edema pulmonar".

"No solo están muriendo de una tormenta de citocinas [respuesta inmune excesiva] de la infección por Covid-19, ahora están exacerbando su capacidad para respirar y acelerando su muerte al apagar sus riñones e inundar sus pulmones con agua (llamada edema), lo que requiere que los desahogue".

Ardis señaló que antes de tratar a los pacientes, muchos médicos y hospitales han estado enviando a los pacientes con el nuevo coronavirus a casa sin ningún tratamiento o consejo médico, pidiéndoles que simplemente esperen hasta que sus síntomas se desarrollen y se deterioren.

“Es absurdo para muchos de nosotros que, desde el comienzo de esta pandemia, le sugirieran 'quedarse en casa' a alguien hasta que se sienta realmente enfermo y no pueda respirar, y luego ir al hospital. Nunca antes en la medicina ha habido una condición en la que espere hasta que estén realmente enfermos para comenzar a tratarlos, solo para bombearlos con un medicamento [que] nunca fue aprobado por la FDA antes de la pandemia".

Aunque remdesivir ha recibido la autorización de la FDA, Ardis sostiene que "este protocolo es peligroso".

Ali Schultz es un abogado del consejo asesor legal de la Fundación que trabaja con el equipo médico en las trincheras donde se ocupan de los abusos hospitalarios mientras ayudan a los familiares que están desesperados por sacar a sus seres queridos del hospital para salvar sus vidas.

Schultz vio la tiranía médica de primera mano cuando su suegra y su suegro enfrentaron una fuerte oposición de sus respectivos hospitales con respecto a cómo tratar su enfermedad con Covid-19. Al final, la suegra de Schultz perdió esa batalla y murió el 17 de septiembre. El personal la había descuidado cuando no aceptó el **remdesivir, un protocolo peligroso que se ha asociado con altos niveles de insuficiencia hepática y renal**.

Schultz explicó que ella era un poder médico para sus dos suegros enfermos y que ambos habían notificado al hospital en una directiva anticipada que no querían recibir remdesivir o ser forzados a recibir ventilación mecánica.

Aunque ambos suegros fueron admitidos en diferentes hospitales, “tenían exactamente el mismo protocolo y como se negaron a remdesivir sentí que nos acababan de castigar”.

"Y la razón por la que rechazan el remdesivir, y estoy de acuerdo con ellos, es porque se sabe que **causa toxicidad e insuficiencia renal, lo que en última instancia conduce a una mayor congestión pulmonar**", dijo Schultz. "Obviamente no soy médico, pero hemos investigado mucho sobre esto porque es necesario que lo hagas cuando defiendes tu propia salud".

Después de completar su investigación sobre los efectos del remdesivir, la familia fue "inflexible en rechazarlo, y después de eso, sentí que estábamos totalmente castigados".

Mientras Chuck estaba siendo tratado por la Clínica Mayo en Scottsdale, Arizona, antes de su liberación, Schultz dijo que las enfermeras no estaban implementando ningún tipo de plan para que se estabilizara lo suficiente como para ser transferido de la unidad de cuidados intensivos. "**Simplemente no tenían ningún plan para tratarlo sin oxígeno** y ningún plan para llevarlo a casa", dijo Schultz. La coerción para que los pacientes usen remdesivir es tan fuerte que Schultz sugirió que Mayo no tiene un protocolo "para que los que no cumplen" dejen sus unidades de cuidados críticos en buen estado de salud.

Incluso con un poder notarial médico, Schultz compartió que no pudo verificar los tratamientos vitales básicos como la hidratación y la nutrición. La abogada escribió cartas y correos electrónicos defendiendo a sus dos suegros y posteriormente se encontró con un fuerte rechazo, se le negó el acceso a sus registros médicos e incluso a los propios pacientes, en un momento la esposaron y se la llevaron. “Me privaron del acceso a ellos y me mintieron”, dijo.

Más tarde, Schultz descubrió que el hospital le había negado comida y agua a Chuck durante seis días consecutivos, excepto por una bolsa de agua azucarada.

El abogado explicó que los hospitales tienen un "incentivo financiero perverso" para seguir usando el protocolo remdesivir implementado inicialmente por el Dr. Anthony Fauci, el principal asesor médico del presidente.

“Desde una perspectiva legal”, agregó Schultz, “no tienen responsabilidad alguna por los pacientes con Covid, siempre y cuando estén haciendo eso [el protocolo de Fauci]. Piensan que son totalmente inmunes a excepción de una mala conducta intencional de la que, por supuesto, serían responsables".

Una grabación de audio tomada por Schultz en una conversación con un administrador de Mayo Clinic reveló que el hospital sabía que estaban privando a Chuck de nutrición y afirmó que “cuando alguien ingresa con tantos problemas respiratorios”, eso “es exactamente lo que hacen”.

Impactantes cintas de audio demuestran que los hospitales están maltratando activamente a los pacientes enfermos de Covid. Escuche las grabaciones de audio de médicos y administradores de hospitales que niegan visitas a pacientes con Covid, ivermectina recetada por médicos e incluso nutrición e hidratación.

Es de destacar un artículo escrito por la Dra. Elizabeth Lee Vliet de la Asociación de Médicos y Cirujanos Estadounidenses. Aunque se redactó en referencia a Estados Unidos, nos muestra una realidad mundial:

Se ha producido y está produciendo, una desviación impactante de las políticas hospitalarias tradicionales, una admisión hospitalaria se ha convertido en un ingreso en prisión. Los presos en las cárceles de Estados Unidos tienen más derechos de visita que los pacientes de Covid en los hospitales de Estados Unidos.

Un miembro de la familia, un psicólogo profesional con un enfoque profesional en el tratamiento de víctimas de trauma, dijo que en muchos hospitales los pacientes con Covid son tratados "un poco mejor que los animales".

El protocolo Covid que deben seguir los médicos hospitalarios, en sincronía en todo Estados Unidos, parece ser la implementación del “Sistema de Vidas Completo” 2009-2010 desarrollado por el Dr. Ezekiel Emanuel para racionar la atención médica para personas mayores de 50 años.

El Dr. “Zeke” Emanuel, quien fue Asesor Principal de Políticas de Salud de la Casa Blanca del presidente Obama y ha estado asesorando al presidente Joe Biden sobre el Covid-19, declaró en su clásico artículo de Lancet de 2009:

"**Cuando se implementa, el sistema de vidas completas produce una curva de prioridad en la que las personas de entre 15 y 40 años aproximadamente tienen la oportunidad más sustancial, mientras que las personas más jóvenes y mayores tienen oportunidades que se atenúan**".

“Atenuado” significa atención médica racionada, restringida o denegada que comúnmente conduce a una muerte prematura.

En 2021, médicos, enfermeras, abogados, defensores de pacientes y periodistas denunciantes han expuesto abusos hospitalarios atroces, negligencia de pacientes, negación de líquidos intravenosos vitales y medicamentos básicos a pacientes de Covid hospitalizados en todo Estados Unidos.

El Protocolo de Vidas Completas aparentemente deriva del "Liverpool Pathway" del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido de los años noventa, que de hecho constituía la eutanasia.

El racionamiento **basado en la edad ocurre todos los días en las unidades Covid de nuestros hospitales, ya que la abrumadora mayoría de los pacientes Covid tienen más de 50 años, edad en la que Emanuel afirma que una vida es “completa” y no vale la pena el uso de recursos médicos**.

"Complete Lives System" y el "Protocolo Covid" son vías que conducen al sufrimiento y la muerte prematura, principalmente de los estadounidenses mayores. Logran el objetivo del gobierno de reducir los costos de Medicare.

Al mismo tiempo, los hospitales ganan millones adicionales con pagos de incentivos adicionales para los pacientes de Covid durante su torturado camino hacia la muerte, mientras están restringidos química y físicamente y aislados de familias, pastores, sacerdotes y rabinos.

La desgarradora historia de Veronica Wolski, una conocida defensora de la libertad de Chicago, fue ampliamente publicitada.

Una vez hospitalizada en el irónicamente llamado Resurrection Hospital, a Veronica se le dio remdesivir, que había rechazado repetidamente, se le negó la atención médica básica adecuada que podría haberle salvado la vida y no se le permitió el acceso a su familia, sacerdote o poder notarial para la atención médica.

El hospital impidió que Verónica saliera del hospital cuando ella y sus abogados exigieron su liberación. Su poder notarial para la atención médica fue retirado por la seguridad del hospital.

Verónica murió sola como prisionera médica en un hospital católico negado incluso a un sacerdote al final de su vida.

Diariamente ocurren en los Estados Unidos violaciones inconcebibles de los derechos humanos en los hospitales, incluidas incluso las violaciones de los códigos de la Convención de Ginebra establecidos después de la Segunda Guerra Mundial para prevenir los abusos de los prisioneros.

Los pacientes son obligados a tomar medicamentos aprobados rápidamente como remdesivir, a pesar de los riesgos conocidos de insuficiencia renal y hepática, y a ser colocados en ventiladores, los cuales generan pagos de incentivos y generan enormes ganancias para los hospitales. A los pacientes se les niegan los líquidos y la nutrición adecuados, así como las vitaminas, los corticosteroides inhalados e intravenosos, los antibióticos, los antivirales y las dosis adecuadas de "diluyentes de la sangre" (anticoagulantes). Los pacientes sufren un aislamiento inhumano con el uso de restricciones físicas y químicas, en violación de las pautas existentes para la protección del paciente. Los hospitales están utilizando la aplicación de la ley para negar el acceso a los terrenos del hospital a familiares y defensores.

A los pacientes y sus defensores se les ha negado información sobre los beneficios de los tratamientos tempranos y se les ha negado el acceso a dicho tratamiento. Las autopsias han confirmado que muchos pacientes murieron debido a dosis inadecuadas de anticoagulación estándar, incluso después de que los familiares acudieron a los tribunales para exigir dosis terapéuticas para ayudar a salvar vidas.

Algunos médicos y enfermeras arriesgan sus carreras, sus licencias, sus medios de subsistencia e incluso sus vidas al hablar con valentía para informar a sus pacientes y al público con información que les salve vidas. Un médico de la UCI publicó esto en las redes sociales recientemente:

"Acabo de terminar un tramo de 10 noches en la UCI. Los ataques a los pacientes y la mezquindad descarada han adquirido un nivel completamente nuevo entre nuestros colegas de atención médica. ¿Cómo NO vamos a descender en espiral hacia la desesperación cuando este comportamiento está permitido y se está normalizando? ... Siento que me han lanzado a una secuela de Mean Girls. Burlarse de los pacientes y las familias por no ser V'd es lo mejor ahora. … No me importa cuidar a los pacientes con Covid. Pero esta vibra de odio que ha impregnado mi mundo es lo que va a poner fin a mi carrera si no termina".

Un enfermero pulmonar de 31 años testificó ante la Legislatura del Estado de Carolina del Sur sobre las "opciones terapéuticas" para el supuesto Covid-19. Durante su testimonio, explicó que comenzó a darse cuenta de que los protocolos que estaba siguiendo mataban a sus pacientes y no los ayudaban.

Albert Spence dio su testimonio recientemente sobre su trabajo con pacientes que habían sido etiquetados como portadores de Covid simplemente "haciendo lo que me dijeron".

Spence dijo que en todos sus años de enfermería, lo que le dijeron que hiciera iba en contra de la mayor parte de cómo había sido entrenado, pero era el sistema médico el que quería que los tratara de esa manera. Sin embargo, una vez que comenzó a ver morir a sus pacientes, y que los CDC cambiaron de manera fraudulenta las pruebas de PCR de manera dramática para cubrir los eventos adversos de las "vacunas", lo asustó y tuvo que hablar.

Bienvenido al nuevo y valiente mundo de la atención médica dirigida por el gobierno llevada a cabo por ejecutivos hospitalarios obedientes y centrados en las ganancias, ansiosos por recibir los pagos de incentivos del gobierno por seguir el "Protocolo Covid".

La combinación que permite esta trágica y evitable pérdida de cientos de miles de vidas incluye: (1) La Ley CARES, que proporciona a los hospitales pagos de incentivos adicionales para todo lo relacionado con Covid-19 (pruebas, diagnóstico, ingreso en el hospital, uso de remdesivir y ventiladores, que informan muertes por Covid-19 y "vacunas") y (2) exenciones de los derechos habituales y de larga data del paciente por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

La creación de una "Emergencia Nacional por Pandemia" proporcionó la justificación para acciones tan radicales que anulan la toma de decisiones médicas de cada médico y los derechos de los pacientes.

La Ley CARES ofrece **incentivos para que los hospitales utilicen tratamientos dictados únicamente por el gobierno federal bajo los auspicios de los NIH**. **Estas "recompensas" deben devolverse si no se "ganan" haciendo el diagnóstico de Covid-19 y siguiendo el protocolo Covid-19**.

Los pagos a los hospitales incluyen:

- Una prueba de PCR obligatoria "gratuita" en la sala de emergencias o al momento de la admisión para cada paciente, con una tarifa del hospital pagada por el gobierno.
- Pago de bonificación agregado por cada diagnóstico positivo de Covid-19.
- Otro bono por una admisión por Covid-19 en el hospital.
- Un pago de bonificación de "aumento" del 20% de Medicare en toda la factura del hospital por el uso de remdesivir en lugar de medicamentos como la ivermectina.
- Otro pago de bonificación más grande para el hospital si un paciente con Covid-19 recibe ventilación mecánica.

- Más dinero para el hospital si la causa de la muerte aparece como Covid-19, incluso si el paciente no murió directamente de Covid-19.

- Un diagnóstico de Covid-19 también proporciona pagos adicionales a los médicos forenses.

CMS implementó **programas de pago "basados en el valor" que rastrean datos como cuántos trabajadores en un centro de atención médica reciben una "vacuna" Covid-19**. Ahora vemos por qué muchos hospitales implementaron los mandatos de la "vacuna" Covid-19. Se les paga más.

Fuera de los hospitales, las métricas de calidad de MIPS de los médicos vinculan los ingresos de los médicos con el pago basado en el **desempeño para tratar a los pacientes con medicamentos Covid-19 EUA**. No proporcionar información a CMS puede costarle al médico el 4% del reembolso.

Debido a la confusión con la codificación médica y la jerga legal, es difícil estar seguros de la cantidad real que recibe cada hospital por paciente de Covid-19. Pero el abogado Thomas Renz y los denunciantes de CMS han calculado **un pago total de al menos $ 100,000 por paciente**.

Investigadores han descubierto lo que se cree que es la primera mutación de Covid-19 resistente al medicamento antiviral Remdesivir fuera del laboratorio, según un nuevo estudio previo a la impresión.

En una investigación publicada **antes de la revisión por pares**, los científicos de Yale y la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington dijeron que encontraron la mutación en una mujer de 70 años, que estaba gravemente inmunodeprimida en el momento en que recibió Remdesivir debido a tratamientos contra el cáncer.

Aunque tales mutaciones se han producido in vitro durante estudios de laboratorio, "no se han informado" anteriormente en un entorno de la vida real, dijeron los investigadores, y señalaron que el hallazgo "se limita a un solo caso" y requiere una mayor confirmación, pero no obstante "**sugiere que remdesivir puede impartir presión selectiva" e impulsar la evolución del virus en las células infectadas**".

El fármaco antiviral alivió inicialmente los síntomas del paciente, de acuerdo con otros informes de casos de Remdesivir administrados a personas con sistemas inmunitarios comprometidos, sin embargo, **gradualmente perdió efectividad**. **La carga viral de la paciente pronto se disparó nuevamente, tanto durante como después del período de tratamiento, y continuó experimentando síntomas de Covid-19**.

Para determinar qué sucedió, los investigadores tomaron una muestra viral del paciente y secuenciaron su supuesto genoma, encontrando lo que el inmunobiólogo de Yale Akiko Iwasaki llamó una mutación "intrigante" que parecía conferir resistencia al fármaco. Debido a que la muestra original exhibía una serie

de otros cambios genéticos no relacionados, los científicos luego sintetizaron la supuesta mutación resistente a remdesivir de forma aislada y, supuestamente, confirmaron que de hecho puede obstaculizar el tratamiento.

La paciente anciana finalmente pudo eliminar el virus y recuperar su sentido del olfato después de que se le administró la terapia con anticuerpos monoclonales, que produjo una "respuesta virológica rápida y sostenida". Después de cinco meses, no mostró un resurgimiento de la infección, según el estudio, y agregó que "este caso ilustra la importancia de monitorear la resistencia a remdesivir y el beneficio potencial de las terapias combinatorias".

Remdesivir, ha sido objeto de controversia, en gran parte gracias al expresidente Donald Trump, quien promocionó el antiviral después de recibirlo durante su propia infección por Covid-19. Si bien varios científicos, han reconocido la efectividad del medicamento en ciertos estudios de casos, **la Organización Mundial de la Salud emitió una "guía viva" desalentando su uso en noviembre pasado, citando un ensayo que encontró que para los destinatarios no aumentaba la probabilidad de sobrevivir a su infección con respecto a aquellos que no lo tomaron**.

Inmunidad

Una persona puede quedar inmune a una enfermedad específica de diversas maneras; para algunas enfermedades, como el sarampión y la varicela, tener la enfermedad, por lo general, conduce a una inmunidad de por vida; la vacunación es otra manera de quedar inmune a una enfermedad. Estas dos formas de inmunización, por enfermedad o vacunación, son ejemplos de inmunidad activa, que surge cuando el sistema inmunológico de una persona funciona para producir anticuerpos y activar otras células inmunológicas para ciertos patógenos. Si la persona se encuentra nuevamente con ese patógeno, las células inmunológicas a largo plazo específicas estarán preparadas para combatirlo.

Un tipo de inmunidad diferente, llamada inmunidad pasiva, surge cuando una persona recibe los anticuerpos de alguien más; cuando estos se introducen en el cuerpo de la persona, los anticuerpos “prestados” ayudan a prevenir o combatir ciertas enfermedades infecciosas. La protección que ofrece la inmunidad pasiva es a corto plazo, y por lo general dura unas cuantas semanas o meses, pero brinda protección de inmediato.

Diferencia entre anticuerpos y linfocitos

La explica perfectamente el Dr. Bhakdi:

“Hay dos armas principales de defensa contra la infección viral. Uno son los anticuerpos que, si están presentes, pueden evitar que el virus ingrese a sus células. Estos se conocen como anticuerpos neutralizantes, que son los que se supone que produce la ‘vacuna’.

Pero los anticuerpos no están en el lugar en el que deberían, que es la superficie del epitelio de las vías respiratorias en donde se aloja el virus, sino que están en la sangre. Cuando sucede esto, se activa su segunda defensa inmunológica, los linfocitos.

Hay diferentes tipos de linfocitos y simplificaré las cosas al decir que los linfocitos importantes se conocen como linfocitos asesinos, los cuales detectan cuando se crea un producto viral en la célula. Luego destruirán a las células que albergan el virus, por lo tanto, ya no se podrán reproducir, así que se podrá recuperar.

Ese es el mecanismo por el que podemos sobrevivir a las infecciones virales de pulmón y es algo que sucede todo el tiempo. Entonces, los linfocitos, a diferencia de los anticuerpos, reconocen muchas partes de las proteínas. Así que, si un virus cambia un poco, no importa, porque los linfocitos asesinos son capaces de reconocer los productos de desecho que son muy similares.

Y ahora se sabe que todos tenemos linfocitos de memoria en nuestros ganglios linfáticos y en nuestros órganos linfoides que están entrenados para reconocer estos coronavirus. Si hay una mutación o no, en realidad no importa, porque son capaces de reconocer una mutación o variante".

Según Bhakdi, los coronavirus solo pueden sufrir mutaciones puntuales, lo que significa que solo se puede cambiar un nucleótido a la vez. Pero el virus de la influenza puede sufrir mutaciones más radicales. Por ejemplo, un virus de la gripe puede cambiar por completo su proteína Spike al intercambiarla con otro virus que esté presente al mismo tiempo.

Pero esto no es posible con los coronavirus. Por lo tanto, nunca tendrá cambios antigénicos ni para los anticuerpos ni para los linfocitos asesinos de células T. Es por eso que, a lo largo de su vida, los humanos desarrollan una inmunidad sólida y duradera.

"Los linfocitos T4 o CD4 -que son los reguladores de la respuesta inmune adaptativa- están en intima conexión reguladora con el sistema neuroendocrino. T. R. Mosmann y R. L. Coffman describieron el perfil citoquímico reversible de los linfocitos CD4 y demostraron que en estas células podían diferenciarse dos grupos diferentes denominados células Th1 y Th2.

Las Th1 segregan principalmente IL-2, IL-12 e IFN gamma, que estimulan las reacciones celulares. Y las Th-2 producen preferentemente IL-4, IL-6 e IL-10 que estimulan las reacciones inmunocelulares humorales. **Sabemos que las "vacunas" inducen principalmente la producción de anticuerpos y, por tanto, inmunidad humoral** con lo que favorecen el clivaje del sistema hacia una hipotética defensa antitóxica (característica del perl Th2) dificultando que se realicen las imprescindibles tareas de limpieza y regeneración celular propias del perl Th1 ya que la misión del sistema inmunitario es preservar la individualidad del organismo, determinada genéticamente. Este clivaje mantenido del sistema hacia **la inmunidad humoral es en realidad una inmunodeficiencia y favorece, por ejemplo, el desarrollo de tumores"**.

Si comparamos la inmunidad natural tras pasar la enfermedad, con la que puedes obtener tras la inoculación de las "vacunas"; siempre es mejor la inmunidad natural, justamente eso, es lo que consiguen esos tratamientos, evitando la mortalidad (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70), además, los infectados Covid no transmiten el virus al pasar la enfermedad (71) (72), cosa que sí parece que sucede con los vacunados, de hecho, con estas "vacunas", no se alcanzará la inmunidad de grupo (73) (74) (75), reconocido hasta por el inmunólogo jefe de Islandia, Þórólfur Guðnason (76) o por el señor Andrew Pollard, director del Centro de Vacunas de Oxford y padre de la "vacuna" de Oxford (77); los "vacunados" infectados, se convierten en un peligro para los no "vacunados" y para otros "vacunados" (78) (79) (80); son capaces, incluso, de propagar la variante Delta, supuestamente tan peligrosa (81) (82), lo cual, incluso ha sido reconocido por el propio Fauci (83).

Un análisis (84) de millones de resultados de pruebas de coronavirus en Dinamarca, descubrió que las personas que tenían una infección previa seguían estando protegidas 6 meses después de la infección inicial. Otros dos estudios (85) (86), también encontraron que los individuos que se recuperaron del coronavirus desarrollaron niveles "robustos" de células B y células T (necesarias para combatir el virus) y "estas células pueden persistir en el cuerpo por un tiempo muy, muy largo." Las células plasmáticas de médula ósea de larga vida (BMPC) son una fuente persistente y esencial de anticuerpos protectores. Las personas convalecientes de Covid, tienen un riesgo significativamente menor de reinfección, la protección puede durar toda la vida" (87). El ensayo clínico de la "vacuna" Johnson & SARS-CoV-2 constata que **una persona no "vacunada" previamente infectada con SARS-CoV-2 tiene un 99.9% de posibilidades de estar protegida contra una infección repetida**.

Otro estudio, monitoreó a 43 044 personas con anticuerpos positivos contra el SARS-CoV-2 durante hasta 35 semanas, y **solo el 0.7% se reinfectó**. Cuando se aplicó la secuenciación del genoma para estimar el riesgo de reinfección a nivel de población, el riesgo se estimó en 0.1%. Una vez más, no hubo indicios de disminución de la inmunidad durante siete meses de seguimiento, y los investigadores concluyeron que la reinfección es rara. **La infección natural parece provocar una fuerte protección contra la reinfección con una eficacia >90% durante al menos siete meses**" (88).

Un estudio (89) publicado en marzo de 2021 sugiere que la mayoría de los adultos sanos de la Columbia Británica (Canadá) tienen inmunidad contra el Covid-19 a pesar de que algunos de ellos nunca se han infectado con él.

La Dra. Daniela Weiskopf, el Dr. Alessandro Sette y el Dr. Shane Crotty, del Instituto de Inmunología de La Jolla, analizaron (90) las células inmunitarias y los anticuerpos de casi 200 personas que habían estado expuestas al SARS-CoV-2 y se habían recuperado. **Los investigadores encontraron respuestas inmunitarias duraderas en la mayoría de las personas estudiadas**. **Los anticuerpos contra la proteína pico del SARS-CoV-2, que el virus utiliza para introducirse en las células, se encontraron en el 98% de los participantes un mes después de la aparición de los síntomas**. Como se ha

visto en estudios anteriores, el número de anticuerpos variaba mucho entre los individuos. Pero, de forma prometedora, **sus niveles se mantuvieron bastante estables en el tiempo, disminuyendo sólo modestamente a los 6 u 8 meses de la infección**.

Las respuestas de anticuerpos dependen de las células T auxiliares especializadas que controlan la activación y selección del plasma productor de anticuerpos y células B de memoria. Las células T CD4 + y CD8 + también pueden contribuir directamente a la protección contra el SARS-CoV (91).

Las células B específicas del virus aumentaron con el tiempo. Las personas tenían más células B de memoria seis meses después del inicio de los síntomas que un mes después. Aunque el número de estas células parecía alcanzar una meseta después de unos meses, los niveles no disminuyeron durante el periodo estudiado.

Los niveles de células T para el virus también se mantuvieron altos tras la infección. Seis meses después del inicio de los síntomas, el 92% de los participantes tenía células T CD4+ que reconocían el virus. Estas células ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria. **Aproximadamente la mitad de los participantes tenían células T CD8+**, que eliminan las células infectadas por el virus.

Lo explica también un estudio reciente (92), publicado en Clinical Microbiology and Infection:

"**La presencia de células T específicas de SARS-CoV-2 con reacción cruzada en pacientes nunca expuestos sugiere una inmunidad celular inducida por otros coronavirus**. También se detectaron respuestas de células T contra el SARS-CoV-2 en pacientes recuperados de Covid sin anticuerpos detectables… La inmunidad celular es de suma importancia para contener la infección por SARS-CoV-2… y podría mantenerse independientemente de las respuestas de anticuerpos. **Las personas previamente infectadas desarrollan respuestas de células T mucho más fuertes contra los péptidos de la proteína de la espiga en comparación con las personas no infectadas después de la "vacuna" de ARNm**."

El Dr. Ryan Cole (93) **explica que la inmunidad natural produce una inmunidad amplia que no se puede igualar con la "vacuna"**:

"**Una infección natural induce cientos y cientos de anticuerpos contra todas las proteínas del virus, incluyendo la envoltura, membrana, nucleocápside y Spike. Docenas y docenas de estos anticuerpos neutralizan el virus cuando se encuentran de nuevo. Además, debido a la exposición del sistema inmunológico a estas proteínas (epítomas), nuestras células T también montan una memoria sólida. Nuestras células T son las "defensas" del sistema inmunológico y la primera línea de defensa contra los patógenos. La memoria de las células T para las personas infectadas con SARS-CoV-1 es de 17 años y aún funciona**".

De acuerdo con Cole, parte de la razón de la disminución de la teórica inmunidad inducida por la "vacuna" se debe a que "generamos una respuesta de anticuerpos solo a la proteína spike y sus proteínas constituyentes" y "como el virus muta de forma preferente en la proteína spike, estas proteínas tienen una forma diferente y los anticuerpos ya no se pueden unir de manera eficiente a estas nuevas formas".

Según un estudio (94), es probable que **muchas personas presenten células T reactivas al SARS-CoV-2 debido a la exposición previa a los virus de la gripe y el CMV**. **Esto probablemente explica por qué Covid afecta principalmente a ancianos y pacientes con comorbilidades, y es "asintomático" o tiene síntomas leves para el resto de nosotros. Los seres humanos sanos no expuestos a Covid-19, muestran inmunidad preexistente de células T CD4 y CD8 al SARS-CoV-2**. Esta inmunidad cruzada posiblemente no sea demasiado sorprendente, ya que el resfriado común es causado por un coronavirus; **la protección adquirida tras haber estado expuestos en el pasado a otros coronavirus puede ayudar a estar protegido contra el Covid-19** (95).

En muchos de los artículos se asume que la inmunidad de poblaciones e individuos es la misma. Sin embargo, la mayoría de las personas a estas alturas ya sabrán que el riesgo de enfermedad grave con el virus del SARS-CoV-2 es más probable en los ancianos, los que tienen una respuesta inmunitaria débil y los que se encuentran en determinadas categorías de riesgo, como los que reciben terapia contra el cáncer o pacientes cardiacos. También hay una suposición subyacente en estos artículos de que no hay inmunidad sin vacunas. Esto simplemente es falso. En septiembre de 2020, se demostró que **hasta el 50% de la población del Reino Unido mostraba diversas formas de inmunidad de células T al nuevo virus debido a la exposición a virus endémicos anteriores. Más recientemente se sugirió que esto podría llegar a ser hasta del 81%**. Además, un estudio reciente encontró que **las respuestas inmunes rápidas y eficientes de tipo memoria, ocurren de manera confiable en prácticamente todas las personas no vacunadas que están expuestas al SARS-CoV-2, ya sean sintomáticas o no. Por lo tanto, el número de individuos naturalmente inmunes habrá aumentado a través de la exposición al virus a lo largo del tiempo, incluso en ausencia de enfermedad sintomática** (96).

Una vez que una persona se haya recuperado del SARS-CoV-2, habrá desarrollado inmunidad natural. Esta inmunidad cubre un amplio espectro de mecanismos defensivos. La mayoría de las personas conocen los anticuerpos y su importante papel en la neutralización de virus. **En el caso de la inmunidad natural, estos anticuerpos se generan contra todas las partes del virus y no solo la proteína de pico. Esto le da a las personas la capacidad de defenderse de muchas variaciones del SARS-CoV-2. Esto, junto con las herramientas adicionales (por ejemplo, inmunidad innata, de células T y de las mucosas) proporciona un arsenal completo de protección futura contra la infección por SARS-CoV-2 y virus estructuralmente relacionados** (97) (98). **Un estudio reciente realizado en el Reino Unido por parte de la**

Oficina de Estadísticas Nacionales (99), encontró que el **riesgo de reinfección era bajo, con una tasa estimada de 3.1 por cada 100 000 participantes que producían una prueba "fuerte positiva" (lo que significa que los resultados indicaron niveles significativos de carga viral en sus hisopos). Aquellos que fueron reinfectados también parecieron experimentar síntomas más leves que la primera vez que contrajeron la enfermedad. Las personas eran más propensas a reportar síntomas dentro de los 35 días posteriores a la primera prueba positiva observada en su episodio inicial que en su episodio de reinfección, lo que sugiere que las reinfecciones tienen más probabilidades de ser asintomáticas. Los supervivientes de Covid-19 que se reinfectan pueden tener menos probabilidades de propagar la enfermedad.**

Investigadores de Irlanda llevaron a cabo una revisión sistemática que incluyó a 615 777 personas que se recuperaron del Covid-19, con una duración máxima de seguimiento de más de 10 meses. "La reinfección fue un evento poco común", anotaron, "y ningún estudio reportó un aumento en el riesgo de reinfección con el tiempo". **La tasa absoluta de reinfección osciló entre 0% y 1.1%, mientras que la tasa promedio de reinfección fue de solo 0.27%** (100).

En otro estudio publicado en Lancet (101), se encontró que un historial previo de infección por SARS-CoV-2 se asocia con un **84% menos de riesgo de infección, con efecto protector observado 7 meses después de la infección primaria. Este estudio muestra que una infección previa con SARS-CoV-2 induce inmunidad eficaz a futuras infecciones en la mayoría de las personas**.

En otro estudio publicado en el sitio web de los CDC (Centro para el Control de Enfermedades), el instituto estadounidense oficial para la vigilancia de enfermedades) (102), se investigó un grupo epidémico de la variante Gamma de SARS-CoV-2 entre los 44 empleados de una mina de oro en la Guayana Francesa. A pesar de la presencia de personas con factores de riesgo (11 hipertensión, 4 diabetes, 4 obesidad) no se han observado formas graves de Covid-19. **Podemos extraer dos conclusiones muy importantes**:

- **Las personas con una infección por Covid-19 de larga duración están 100% protegidas contra la variante Gamma; ¡mejor que los vacunados!**
- **Las personas no "vacunadas" sin antecedentes de Covid tienen cargas virales (Ct) más bajas que las "vacunadas".**

La inmunidad natural a SARS-CoV-2 fue 100% efectiva contra esta variante.

- Ninguno de los 3 empleados con un largo historial de Covid-19 no "vacunado", tenía la enfermedad de Covid-19.

- Ninguno de los 3 empleados con un largo historial de Covid-19 y "vacunados" con una dosis, no tenía Covid-19.
- Mientras que 15 de las 25 personas "vacunadas" con dos dosis desarrollaron la enfermedad Covid-19.
- 3 de 4 empleados que no fueron "vacunados" y sin antecedentes de Covid-19, desarrollaron la enfermedad Covid-19.

Las cargas virales fueron menores en los no "vacunados" infectados con SARS-CoV-2 que en los "vacunados" (no todos los datos de los pacientes están disponibles). El número de Ct se correlaciona con la carga viral: cuanto menor es el Ct en el gen N, mayor es la carga viral.

- Cargas virales (Ct en el gen N) en personas no "vacunadas" sin antecedentes de Covid: 30, 34 e indetectable.
- Cargas virales (Ct en el gen N) en "vacunados" con una dosis: 25, 30, 23, 28, 26.
- Cargas virales (Ct en el gen N) en "vacunados" con dos dosis: 26,1, 27, 26, 22, 29, 32, 24, 26, 27, 26, 36, 29, 35, 31.

La Dra. Nina Pierpont, el 09 de septiembre publicó un artículo, analizando varios estudios que se publicaron en agosto de 2021 que demuestran que la supuesta variante Delta Covid-19 está evadiendo las inyecciones actuales de Covid-19 que se ofrecen y, por lo tanto, no previene la infección o transmisión de Covid-19. Afirma que **la inmunidad colectiva no se logrará mediante la "vacunación" porque una nueva investigación en múltiples entornos muestra que la supuesta variante Delta produce cargas virales muy altas que son igual de altas, y en algunos casos más altas en la población "vacunada" en comparación con la población no "vacunada"**. Según la doctora, la "vacuna", como la que ahora se aplica en el Reino Unido para todo el personal de las residencias asistenciales, no tienen justificación porque **la "vacunación" de las personas no detiene o incluso ralentiza la propagación de la supuesta variante dominante Delta, lo que lleva a la doctora a concluir que la inmunidad natural es mucho más protectora que la "vacunación" porque todas las severidades de la enfermedad Covid-19 producen niveles saludables de inmunidad natural**.

Ella escribe que dado que la razón principal de un mandato de "vacunación" es proteger a otros de la infección, y hay estudios que prueban más allá de la sombra de duda que no hacen esto, aquellos que exigen las inyecciones de Covid-19 pueden desear buscar asesoría legal con respecto a su culpabilidad y responsabilidad por posibles daños duraderos a aquellos a quienes presionan para que se "vacunen" con la amenaza de exclusión del empleo, la educación o la sociedad.

Un estudio reciente de personas que desarrollaron inmunidad natural durante la primera ola de SARS-CoV-2, mostró que su plasma contiene cuatro anticuerpos que son extremadamente potentes contra 23 variantes de SARS, incluidas variantes preocupantes (103). Para agregar a esta protección, incluso el sistema inmunológico innato, que es la primera línea de defensa contra la enfermedad, puede entrenarse para tener un umbral de activación adecuado a nuevos patógenos que son estructuralmente similares a los que se han encontrado anteriormente.

Desafortunadamente, muchas de las nuevas "vacunas" Covid están diseñadas para evadir la mayor parte del sistema inmunológico innato, por lo que no prepararán este proceso. La importancia del sistema inmunológico innato se puede ver en personas que tienen deficiencias en la producción de interferón, un importante compuesto de señalización en el sistema inmunológico innato. Las personas con esta deficiencia tienen tasas más altas de enfermedad grave y muerte (104).

Los datos presentados al **Ministerio de Salud de Israel** (105) el 17 de julio de 2021 revelaron que, de los más de **7 700 casos de Covid-19 reportados desde mayo de 2021, solo 72 ocurrieron en personas que ya tuvieron Covid-19, una tasa menor al 1%. Por el contrario, más de 3 000 casos, o casi el 40% ocurrieron en personas que ya recibieron la "vacuna" anti Covid-19**. De acuerdo con Israel National News:

"Tenemos un total de 835 792 israelíes que se sabe que se han recuperado del virus y los 72 casos de reinfección representan el 0.0086% de las personas que ya estaban infectadas con Covid.

Por el contrario, los israelíes que ya recibieron la "vacuna" tenían 6.72 veces más probabilidades de infectarse después de recibirla que después de la infección natural, con más de 3 000 de los 5 193 499, o el 0.0578%, de israelíes que se vacunaron e infectaron en la última ola".

En otras palabras, **las personas que ya recibieron la "vacuna" tenían una probabilidad casi 700% mayor de desarrollar Covid-19 que las que tenían inmunidad natural gracias a una infección previa**, y esto se debe a la variante Delta, que ha provocado más infecciones en Israel.

El sistema inmunológico de la gran mayoría de las personas que han sido infectadas con el virus CCP continuará portando anticuerpos contra el virus durante al menos 12 meses, según un estudio revisado por pares aceptado por el European Journal of Immunology el 24 de septiembre. Los científicos del Instituto Finlandés de Salud y Bienestar estudiaron la presencia de anticuerpos en 1292 sujetos ocho meses después de la infección. **Descubrieron que el 96% de los sujetos aún portaban anticuerpos neutralizantes y el 66% aún portaban un tipo de anticuerpo llamado nucleoproteína IgG**. Luego, los científicos investigaron los niveles de anticuerpos un año después de la infección seleccionando al azar a 367 sujetos de la cohorte original que aún no

habían sido vacunados. **<u>El 89% de los sujetos aún portaban anticuerpos neutralizantes y el 36% aún portaba el anticuerpo IgG</u>**.

<u>Los niveles de anticuerpos fueron más altos en sujetos que habían experimentado una enfermedad grave por Covid-19. En comparación con los que tenían una enfermedad leve, estos sujetos tenían de dos a siete veces más anticuerpos durante al menos 13 meses después de la infección</u>.

En un estudio **realizado en la Universidad de California en San Francisco**, indican la presencia de **supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas:, que están <u>extendiéndose entre las personas "vacunadas", principalmente</u>**. La investigación se basó en 1373 casos de personas que buscaron tratamiento en el área de la bahía de San Francisco, entre el 1 de febrero y el 30 de junio. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **<u>la inmunidad natural protege más a las personas que la ofrecida por las "vacunas</u>**".

En otro estudio (106), trataron de evaluar la necesidad de la "vacunación" Covid-19 en personas previamente infectadas con SARS-CoV-2. Entre los 52 238 empleados incluidos, 1359 (53%) de 2579 sujetos previamente infectados permanecieron sin vacunar, en comparación con 22 777 (41%) de 49 659 no infectados previamente. **Ninguno de los 1359 sujetos previamente infectados que permanecieron no "vacunados" tuvo una infección por SARS-CoV-2 durante la duración del estudio**. **Llegaron a la conclusión de que es poco probable que las personas que han tenido infección por SARS-CoV-2, se beneficien de la "vacunación" contra Covid-19, por la escasa posibilidad de reinfección.**

Haber contraído el virus SARS-CoV-2 brinda una protección del 90% contra una posible reinfección, incluso frente a variantes como la Delta, de acuerdo con una revisión sistemática de estudios liderada por el médico epidemiólogo especialista en enfermedades infecciosas Jeffrey Klausner, ferviente defensor de la "vacuna" Covid. "Parece que algunos olvidaron su formación básica de la Escuela de Medicina". "Cuando analizamos de manera sistemática más de 1500 estudios, escogimos aquellos de alta calidad, que tuvieran en cuentan una historia de infección previa comprobada por un test biológico de PCR positivo y luego una reinfección probada biológicamente. Así hallamos que **<u>la infección previa brindaba una protección del 90% contra la reinfección</u>**. Es decir, ni siquiera contra la hospitalización o contra enfermar de manera severa, sino contra la posibilidad de infectarse nuevamente". Mencionó una investigación de la Cleveland Clinic donde analizaron la base de datos de la institución y también vieron que **<u>entre las personas con infección previa el número de aquellas con reinfección era cero</u>**. "Los científicos son un poco escépticos sobre el 'cero' porque nada es siempre perfecto, pero **<u>cuando empezamos a observar los estudios de otros países también observamos tasas muy muy bajas de infección repetida</u>**".

Mientras los gobiernos insisten en decirle a las personas que las "vacunas" ofrecen una mejor protección que la infección natural, un nuevo estudio realizado en Israel, como otros que hemos visto anteriormente, sugiere lo contrario: **la infección natural ofrece un escudo mucho mejor contra el virus que las "vacunas"**.

El estudio fue descrito por Bloomberg como "el análisis más grande del mundo real que compara la inmunidad natural, obtenida de una infección anterior, con la protección proporcionada por una de las "vacunas" más potentes actualmente en uso". Este estudio cuestiona aún más la credibilidad de depender de las vacunas, dado que el estudio mostró que, en última instancia, **los "vacunados" tenían 13 veces más probabilidades de estar infectados que los que estaban infectados anteriormente y 27 veces más probabilidades de tener síntomas**. "**Este análisis demuestra que la inmunidad natural brinda una protección más duradera y más fuerte contra la infección, la enfermedad sintomática y la hospitalización de la variante Delta**".

Alex Berenson, un periodista científico que ha cuestionado repetidamente la eficacia de las "vacunas" y mascarillas para prevenir la Covid, promocionó el estudio como suficiente para "poner fin a cualquier debate sobre las "vacunas" frente a la inmunidad natural". Aquí hay un extracto de un informe de Science Magazine:

"El nuevo análisis se basa en la base de datos de Maccabi Healthcare Services, que inscribe a unos 2.5 millones de israelíes. El estudio, dirigido por Tal Patalon y Sivan Gazit en KSM, encontró en dos análisis que las personas que fueron "vacunadas" en enero y febrero tenían luego, en junio, julio y la primera quincena de agosto, **de seis a 13 veces más probabilidades de infectarse que las personas no "vacunadas**" que pasaron el virus de manera natural. En un análisis, comparando a más de 32 000 personas en el sistema de salud, encontraron que **el riesgo de desarrollar Covid-19 sintomático fue 27 veces mayor entre los "vacunados" y el riesgo de hospitalización ocho veces mayor**".

Como el primer país en lograr una amplia cobertura de la "vacuna", Israel se encuentra ahora en una situación impensable: el número de casos diarios ha alcanzado nuevos niveles récord, como veremos en el apartado de eficacia de las "vacunas".

El Dr. Michael Segal, neurólogo y neurocientífico, explicó en un artículo reciente publicado por el Wall Street Journal por qué las personas "vacunadas" contra el coronavirus todavía contraen y propagan la enfermedad a un ritmo elevado. **Las "vacunas" solo estimulan teóricamente la inmunidad interna pero no hacen nada para abordar la inmunidad de las mucosas**. La inmunidad interna protege el interior del cuerpo, mientras que la inmunidad de las mucosas proporciona la primera línea de defensa al proteger la nariz y la boca y, al hacerlo, también reduce la propagación a otras personas.

Todas las “vacunas” Covid-19 "son en gran medida ineficaces para estimular la secreción de una forma particular de anticuerpos llamada inmunoglobulina (IgA) en la nariz que ocurre después de la infección real con un virus". Mientras tanto, **aquellos que contrajeron la enfermedad y se recuperaron de ella tienen inmunidad tanto interna como mucosa**. Tienen lo que ellos llaman inmunidad natural contra la enfermedad.

En un estudio sobre inmunidades humorales y celulares en convalecientes por Covid-19: “**Los anticuerpos IgG específicos del SARS-CoV-2 y también NAb pueden persistir entre más del 95% de los convalecientes de Covid-19 de 6 a 12 meses después del inicio de la enfermedad**. Al menos 19/71 (26%) de los convalecientes de Covid-19 (doble positivo en ELISA y MCLIA) tenían anticuerpos IgM circulantes detectables contra el SARS-CoV-2 a los 12 meses del inicio de la enfermedad. En particular, los porcentajes de convalecientes con respuestas positivas de células T específicas del SARS-CoV-2 (al menos uno de los antígenos S1, S2, M y N de la proteína SARS-CoV-2) fueron 71/76 (93%) y 67/73 (92%) a 6 m y 12 m, respectivamente. Además, tanto los niveles de memoria de anticuerpos como de células T de los convalecientes se asociaron positivamente con la gravedad de la enfermedad”.

En otro estudio, se analiza la disminución de anticuerpos en personas supuestamente infectadas por el virus y en personas “vacunadas”: “**Este estudio demuestra que las personas que recibieron la vacuna de ARNm de Pfizer-BioNTech tienen una cinética diferente de los niveles de los supuestos anticuerpos en comparación con los pacientes que habían sido infectados con el virus SARS-CoV-2, con niveles iniciales más altos pero con una disminución exponencial mucho más rápida en el primer grupo**”.

En un estudio en el que se comparaba la inmunidad adquirida tras la infección y la supuestamente adquirida tras la inoculación: “Nuestro análisis reveló diferencias cualitativas significativas entre los dos tipos de desafíos inmunes. **En los pacientes con Covid-19, las respuestas inmunes se caracterizaron por una respuesta de interferón muy aumentada que estuvo en gran parte ausente en los receptores de la vacuna**”.

En otro estudio, en el que se analizaban los perfiles unicelulares de los repertorios de células T y B: “Curiosamente, se observaron células T CD8 expandidas clonalmente en todos los ‘vacunados’, como se observó después de una infección natural. El uso del gen TCR, sin embargo, fue variable, lo que refleja la diversidad de repertorios y polimorfismo de MHC en la población humana. **La expansión inducida por la infección natural de clones de células T CD8 más grandes ocuparon grupos distintos, probablemente debido al reconocimiento de un conjunto más amplio de epítopos virales presentados por el virus que no se ven en la ‘vacuna’ de ARNm**. Nuestro estudio destaca una respuesta inmune adaptativa coordinada en la que las respuestas tempranas de las células T CD4 facilitan el desarrollo de la respuesta de las células B y la expansión sustancial de las células T CD8 efectoras, en conjunto capaces de contribuir a futuras respuestas de recuperación”.

En otro estudio, en el que se cuantificaba el riesgo de reinfección en función del tiempo: "**La reinfección fue un evento poco común (tasa absoluta del 0% al 1.1%), y ningún estudio informó de un aumento en el riesgo de reinfección con el tiempo. El riesgo estimado fue bajo (0.1% [IC del 95%: 0.08-0.11%]) sin evidencia de disminución de la inmunidad hasta 7 meses después de la infección primaria. Estos datos sugieren que la inmunidad contra el SARS-CoV-2 adquirido de forma natural no disminuye durante al menos 10 meses después de la infección**".

En un estudio en Qatar en el que se analizaban los anticuerpos contra SARS-CoV-2: "**La reinfección es rara en la población joven** e internacional de Qatar. **La infección natural parece provocar una fuerte protección contra la reinfección con una eficacia de ~ 95% durante al menos siete meses**". Unos resultados similares fueron obtenidos en otro estudio realizado en la India en el que se analizaba la inmunidad natural contra la reinfección: "Estos hallazgos refuerzan la gran plausibilidad de que **el desarrollo de anticuerpos después de una infección natural no solo protege contra la reinfección por el virus en gran medida, sino que también protege contra la progresión a la enfermedad grave de Covid-19**".

En un estudio en el que analizaban la respuesta en la infección asintomática por SARS-CoV-2: "Por lo tanto, **las personas infectadas con SARS-CoV-2 asintomáticas no se caracterizan por una inmunidad antiviral débil; por el contrario, generan una respuesta inmune celular específica del virus altamente funcional**".

En otro estudio realizado en Estados Unidos, en el que se analizaba la evolución de los anticuerpos tras la "vacunación" utilizando ARNm, llegaron a la conclusión de que **los anticuerpos de memoria seleccionados con el tiempo por infección natural tienen mayor potencia y amplitud que los anticuerpos provocados por la "vacunación"**.

En un informe científico de la OMS del 10 de mayo de 2021: "Los datos científicos disponibles sugieren que **en la mayoría de las personas las respuestas inmunitarias siguen siendo sólidas y protectoras contra la reinfección durante al menos 6-8 meses después de la infección** (el seguimiento más largo con evidencia científica sólida es actualmente de aproximadamente 8 meses). Algunas variantes de virus del SARS-CoV-2 con cambios clave en la proteína de pico tienen una susceptibilidad reducida a la neutralización por anticuerpos en la sangre. **Mientras que los anticuerpos neutralizantes se dirigen principalmente a la proteína de pico, la inmunidad celular provocada por la infección natural también se dirige a otras proteínas virales, que tienden a estar más conservadas en todas las variantes que la proteína de pico**".

En un estudio realizado en Austria sobre el riesgo de reinfección por SARS-CoV-2 realizado en abril de 2021: "Registramos 40 reinfecciones tentativas en 14 840 supervivientes de Covid-19 de la primera ola (0.27%) y 253 581 infecciones en 8 885 640 personas de la población general restante (2.85%), lo que se traduce en

una razón de probabilidades (intervalo de confianza del 95%) de 0.09 (0.07 a 0.13). **Observamos una tasa de reinfección relativamente baja de SARS-CoV-2** en Austria. **La protección contra el SARS-CoV-2 después de una infección natural es comparable con las estimaciones más altas disponibles sobre la eficacia de la "vacuna"**. Se necesita urgentemente más investigación bien diseñada sobre este tema para mejorar las decisiones basadas en la evidencia sobre las medidas de salud pública y las estrategias de vacunación".

En otro estudio en el que analizaban la respuesta de anticuerpos anti-Spike a la infección natural por SARS-CoV-2 en la población general: "**Estimamos los niveles de anticuerpos asociados con protección contra la reinfección probablemente duran entre 1.5 y 2 años en promedio, con niveles asociados con la protección contra infecciones graves presentes durante varios años**".

En un estudio realizado en las Islas Feroe sobre los anticuerpos naturales contra SARS-CoV-2: "Aunque actualmente se desconoce la función protectora de los anticuerpos, nuestros resultados muestran que para el SARS-CoV-2 persistieron al menos 12 meses después del inicio de los síntomas y tal vez incluso más, lo que indica que **las personas convalecientes por Covid-19 pueden estar protegidas de la reinfección**. Nuestros resultados representan la inmunidad de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en cohortes de todo el país en un entorno con pocos casos no detectados, y creemos que nuestros resultados se suman a la comprensión de la inmunidad natural".

En un estudio sobre las asociaciones de "vacunación" y de infección previa con resultados positivos de la prueba de PCR para SARS-CoV-2 en pasajeros de líneas aéreas que llegan a Qatar: "De 9180 personas sin registro de 'vacunación' pero con un registro de infección previa al menos 90 días antes de la prueba de PCR (grupo 3), 7694 podrían compararse con personas sin registro de vacunación o infección previa (grupo 2), **entre los que la positividad de la PCR fue del 1.01%** (IC del 95%, 0.80% -1.26%) **y 3.81%** (IC del 95%, 3.39% -4.26%), respectivamente. El riesgo relativo de positividad de la PCR fue 0.26 (IC del 95%, 0.17-0.28) para las personas 'vacunadas' y 0.22 (IC del 95%, 0.21-0.34) para las personas con infección previa en comparación con ningún registro de vacunación o infección previa".

Un nuevo estudio de la Escuela de Salud Pública de Yale ha reafirmado que **la inmunidad natural a una infección previa por Covid-19 dura mucho más que la inmunidad por las "vacunas" Covid-19 actualmente disponibles**, aunque los principales medios de comunicación están representando sus hallazgos de manera diferente.

El Yale Daily News informa que el estudio, dirigido por el bioestadístico Jeffrey Townsend, encontró que **el riesgo de reinfección de una persona no vacunada es de alrededor del 5% a los tres meses después de la infección inicial" y aumenta al 50% después de 17 meses**. Bajo un modelo que asume que toda la población ha sido previamente infectada o "vacunada", las

personas no “vacunadas” deben esperar ser reinfectadas con Covid-19 cada 16 a 17 meses en promedio.

¿Proporciona la “vacuna” Covid-19 una mayor inmunidad que la infección previa? Mientras los expertos debatían, la Red de Acción para el Consentimiento Informado (ICAN) llegó al fondo de esta cuestión. Se ha comprometido a mantener un intercambio formal con los CDC sobre esta cuestión concreta. La respuesta no es sorprendente: ¡**la inmunidad natural gana**!

Los CDC no logran refutar la ciencia clara, consistente e irrefutable que demuestra la superioridad de la inmunidad natural en comparación con la inmunidad de la “vacuna”.

¿Quién tiene más probabilidades de contraer Covid-19 (la enfermedad sintomática)? La respuesta es clara. **La inmunidad natural proporciona una protección superior al 99% contra el Covid-19, mientras que la supuesta inmunidad de la “vacuna” está muy por debajo de este nivel de protección, incluso directamente después de la “vacunación”, y a partir de ahí disminuye rápidamente**.

¿Quién tiene más probabilidades de infectarse y transmitir el virus (con o sin síntomas)? La respuesta es de nuevo muy clara. **La inmunidad de la “vacuna” no evita la infección y la transmisión, mientras que la inmunidad natural sí lo hace**. Como explicó el director de los CDC, los “vacunados” deben llevar mascarillas porque “**lo que ya no pueden hacer [las ‘vacunas’ contra la Covid-19] es prevenir la transmisión**”.

Peor aún, según los datos oficiales del gobierno del Reino Unido e Israel, los efectos adversos conocidos de la “vacuna” Covid-19 superan los beneficios conocidos de la “vacunación” de los inmunes por naturaleza.

Como ha quedado sobradamente demostrado, la inmunidad natural es superior a la inmunidad inducida por la “vacunación” porque incluye las defensas inmunitarias innatas, así como la inmunidad específica que se dirige a múltiples partes del virus y no solo a la proteína de pico dirigida por la “inmunidad” inducida por la vacuna (107). ***Por tanto, el dogma del discurso oficial que dice que las “vacunas" “inmunizan" y que dicha “inmunización” es la única duradera, es también completamente erróneo (más adelante, demostraré que dichas “vacunas” no son efectivas y, por tanto, no “inmunizan”). La existencia de tratamientos que han mostrado una efectividad muy superior a la de los sueros experimentales y la baja tasa de mortalidad de la enfermedad, convierten además, a esos sueros, en innecesarios***. Desde muchos medios de “comunicación” se ha contado que estamos en una pandemia de no “vacunados” ya que los “vacunados”, supuestamente, están “inmunizados"; el Dr. Byram Bridle deja muy claro en Fox tv que es una falacia.

En reconocimiento de esta circunstancia, la Universidad George Mason (GMU, por la sigla en inglés), Virginia, fue obligada a conceder la exención médica de la

"vacuna" Covid a uno de sus profesores, después de que demandara ante una corte estatal según informa en su página web New Civil Liberties Alliance (NCLA). De esta manera, el veterano profesor de leyes, Todd Zywicki, no tendrá que "vacunarse", no obstante, deberá realizarse pruebas de Covid todas las semanas mientras esté en el campus universitario, y en los eventos deberá estar a más de dos metros de distancia de otras personas. **Distintas pruebas positivas de anticuerpos contra el Covid, que le realizaron el año pasado al profesor Zywicki muestran que su inmunidad natural es sólida, e incluso su inmunólogo personal considera que no es necesario que se inocule la "vacuna", y sostiene que ordenar procedimientos innecesarios viola la ética médica**. Contando con este triunfo legal a favor de la inmunidad natural contra el Covid, la NCLA insiste en que se reconozca que ésta hace **innecesaria la "vacuna" contra el virus**.

Además, mientras la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la "vacuna" hace lo contrario (108). El Dr. Robert Malone, afirma que **la inmunidad natural es hasta 20 veces superior a la que supuestamente inducen los sueros**. **El Dr. Sucharit Bhakdi afirma que la inmunidad de grupo ya está presente, las "vacunas" son innecesarias** (109). También afirma que **la inmunidad natural es muy superior a la inmunidad inducida por "vacunas"**:

Uno de los peores insultos a la verdad científica y médica es la afirmación de que la "vacuna" antiCovid confiere una protección superior a la inmunidad natural que se obtiene después de exponerse al virus y de recuperarse. La realidad es que la inmunidad natural es muy superior a la protección inducida por estas "vacunas", la cual, si existiera, es limitada y temporal.

La "vacuna" antiCovid solo produce anticuerpos contra una de las proteínas virales, la proteína Spike, mientras que la inmunidad natural produce anticuerpos contra todas las partes del virus, además de células T de memoria. Como señala Bhakdi:

"El solo hecho de que la Organización Mundial de la Salud cambió la definición de inmunidad colectiva, es una vergüenza. No tengo palabras para describir lo absurdo que me parece todo esto y lo peor de todo es que nuestros colegas prefieren quedarse callados. ¿Cómo pueden los médicos y científicos del mundo escuchar estas mentiras y no decir nada?".

La última encuesta de serología realizada por el Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR) encontró que al menos dos de cada tres personas en la India tienen anticuerpos contra el coronavirus (Covid-19), o inmunidad natural, contra la enfermedad. La encuesta llamada estudio de seroprevalencia incluyó a 36 227 personas de 70 distritos en 21 estados de la India. Encontró que **el 62% de los indios no "vacunados" tienen anticuerpos**, lo que indica una exposición pasada al virus. En general, el 67.6% de los indios tienen anticuerpos, ya sea, supuestamente, adquiridos en la campaña de "vacunación" o en infecciones pasadas.

Algunos expertos recomiendan ahora que se permita que el virus circule por toda la población, tomando precauciones para las personas vulnerables. "No tenemos nada que detenga la transmisión, así que creo que estamos en una situación en la que **la inmunidad colectiva no es una posibilidad con estas "vacunas"** y sospecho que **el virus arrojará una nueva variante que es aún mejor para infectar a las personas vacunadas**", dijo Andrew Pollard, director del Grupo de Vacunas de Oxford en un panel parlamentario el mes pasado. Argumentó que si no se detuvieran las pruebas masivas, "el Reino Unido podría estar en una situación de vacunación continua de la población". Dijo que **solo aquellos con síntomas deberían hacerse la prueba, mientras que otros deberían seguir con su vida diaria**.

El epidemiólogo estatal de Islandia expresó sentimientos similares:

"Realmente no podemos hacer otra cosa que permitir que el virus siga su curso para que la población logre la inmunidad colectiva", dijo Porolfur Gudnason.

"Tenemos que intentar proteger mejor a los vulnerables, pero toleremos la infección. **Ahora no es una prioridad "vacunar" a todos con la tercera dosis**".

La inmunidad natural no solo confiere una protección robusta, duradera y de alto nivel contra el Covid, sino que también brinda una mejor protección que la inmunidad inducida por "vacunas". Sin embargo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están ignorando la ciencia de larga data de la inmunidad natural cuando se trata del Covid, al mismo tiempo que reconocen los beneficios de la inmunidad natural para otras enfermedades, según un experto que acusó a la agencia de proporcionar información contradictoria y mensajes Covid 'ilógicos'. El Dr. Marty Makary, profesor de cirugía y políticas de salud en la Universidad John Hopkins, acusó a los CDC de "seleccionar" datos y manipular las directrices de salud pública en torno a las "vacunas" y la inmunidad natural para respaldar una narrativa política. Según un artículo del 13 de septiembre en The BMJ, cuando comenzó el lanzamiento de la "vacuna" Covid a mediados de diciembre de 2020, más de una cuarta parte de los estadounidenses (91 millones) habían sido infectados con SARS-CoV-2, según estimaciones de los CDC. En mayo de este año, esa proporción había aumentado a más de un tercio de la población, incluido el 44% de los adultos de entre 18 y 59 años. Sin embargo, en junio, una encuesta de la Kaiser Family Foundation encontró que el 57% de las personas previamente infectadas se "vacunaron".

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) admiten **que no hay registro de una sola persona no "vacunada" que haya propagado la Covid-19 después de recuperarse de una supuesta infección**.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119)).

"VACUNAS"

Existe en la sociedad (no en los medios de comunicación), un debate sobre la peligrosidad y al mismo tiempo sobre la eficacia de este tipo de preparados experimentales. Es evidente que la sustancia a la que se insiste en llamar "vacuna" es un suero que no ha superado la fase de experimentación clínica y que no ha sido autorizado por la Agencia Española del Medicamento; por tanto, no es seguro.

El Dr. Paul Elias Alexander y el Dr. Howard Tenenbaum consideran que para ser una "vacuna", se deben cumplir varios criterios:

1) La inyección debe proporcionarle inmunidad de anticuerpos contra un patógeno (virus o bacteria).

2) Deberá demostrarse que los anticuerpos producidos después de la inyección confieren protección contra ese virus o bacteria.

3) La inyección debe demostrar que reduce las hospitalizaciones o muertes por el patógeno.

4) La inyección debe demostrar que reduce los síntomas graves del patógeno.

5) La inyección debe demostrar que le impide portar el patógeno.

6) La inyección debe demostrar que detiene la transmisión del patógeno de una persona a otras.

Tipos de "vacunas"

Los principales tipos de "vacunas" contra la Covid-19, son (1) (2) (3):

- *"Vacunas" de ARN mensajero (ARNm)*. Este tipo de "vacuna" usa ARNm genéticamente modificado para brindarle a tus células instrucciones sobre cómo producir la proteína S que se encuentra en la superficie del virus de la Covid-19. Después de la "vacunación", tus células inmunitarias comienzan a producir las partes de la proteína S y a mostrarlas en la superficie de las células. Esto hace que el organismo produzca anticuerpos. Una vez que envía las instrucciones, supuestamente el ARNm se degrada inmediatamente. Teóricamente, nunca ingresa al núcleo de las células, donde se almacena tu ADN. Tanto la "vacuna" contra la Covid-19 de Pfizer-BioNTech como la de Moderna, utilizan ARNm.

- *"Vacunas" basada en un vector*. En este tipo de "vacuna", el material genético del virus de la Covid-19 se coloca en una versión modificada de otro virus (vector viral). Cuando el vector viral ingresa en las células, entrega el material genético del virus de la Covid-19 que brinda instrucciones a las células para hacer copias de la proteína S. Una vez que

las células muestran las proteínas S en su superficie, el sistema inmunitario responde mediante la creación de anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. Si más adelante te infectas con el virus de la Covid-19, los anticuerpos combatirán el virus. La "vacuna" Janssen de Johnson & Johnson y la de AstraZeneca y la Universidad de Oxford, se incluyen en este grupo.

- *"Vacunas" de subunidades proteica*s. Solo incluyen las partes de un virus que mejor estimulan al sistema inmunitario. Este tipo de "vacuna" contra la Covid-19 contiene proteínas S. Una vez que el sistema inmunitario reconoce las proteínas S, crea anticuerpos y glóbulos blancos de defensa. La "vacuna" de Novavax, pertenece a este grupo.

- *"Vacunas" con virus inactivados o atenuados*. Utilizan un virus previamente inactivado o atenuado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aún así genera una respuesta inmunitaria. La "vacuna" Sinovac, pertenece a este grupo.

- *"Vacunas" que utilizan ADN en su estrategia*. El ácido nucleico penetra y se inserta en las células humanas, que producirán copias de la proteína viral (generalmente, la proteína S), es decir, utilizan ADN que codifica la proteína de la espiga del SARS-CoV-2. A este grupo pertenece la "vacuna" de Zydus Cadila (India) (ZyCoV-D).

En lo que se refiere a los sueros que utilizan el ARNm, los más novedosos, en teoría, supuestamente, una vez que el ARNm mensajero ha penetrado citoplasma de una célula del paciente "vacunado", se traduce por el ribosomas, que fabrican la proteína objetivo que luego se someterá a un proceso de plegado postraduccional que permitirá la formación de una proteína tridimensional completamente funcional. El ARNm "vacunas" de Moderna (mRNA-1273) y de Pfizer / BioNTech (BNT162b2) codifica la proteína pico SARS-CoV-2 responsable de unión al receptor ACE2, responsable en última instancia de la entrada del virus en las células. En estudios preclínicos, supuestamente, se observó que anticuerpos producidos después de la "vacunación" que se unen a la proteína de pico, principalmente su dominio de unión al receptor, neutralizan el virus evitando que se una al receptor ACE2 en las células diana (4).

El profesor Jonathan Gershoni de la Universidad de Tel Aviv de Israel explica que tres "vacunas" Covid en el mercado son en realidad "vacunas" de ADN. Las inoculaciones fabricadas por Sputnik V, AstraZeneca y Johnson & Johnson contienen ADN (no solo ARN) que se inserta en el núcleo de las células humanas para, en última instancia, traducir y replicar proteínas de pico diseñadas en laboratorio.

Ciencia en las "vacunas"

"El supuesto SARS-CoV-2 sería un virus quimérico construido con fragmentos genéticos de distintas especies y montado sobre un esqueleto genético de murciélago de herradura. Esto puede haberse hecho perfectamente en un

laboratorio avanzado pero eso no implica que esté circulando entre la población. La proteína espiga estaría así codificada por una determinada secuencia de ARN del virus quimérico y sería también una proteína quimérica que contendría inserciones peptídicas humanas pues de lo contrario no podría interactuar con el receptor celular humano. Por eso los anticuerpos producidos en los “vacunados” interactúan de forma cruzada con tejidos humanos comportándose como autoanticuerpos. Para fabricar el genoma codificante de esta proteína quimérica pueden utilizarse plataformas de ARN pero es más rápido y barato utilizar reactores de bacterias E. coli transgénicas con la información necesaria en su genoma y transcribir el ARN desde el ADN bacteriano. Ahora bien, eso conlleva en estas “vacunas” problemas de residuos de ADN bacteriano si no se ha hecho una escrupulosa puricación. Y cuando se fabrican rápidamente millones de dosis es que no se es demasiado escrupuloso”.

Existen dos tipos de “vacunas” de ARNm: autorreplicantes (también llamadas auto- amplificado) y no replicantes. Las “vacunas” comercializadas por Pfizer y Moderna son del tipo que no se replica. Éste es el tipo más simple y consta de una cadena de ARNm, que está empaquetado y que es inoculado en el cuerpo. Penetrará en nuestras células para producir el antígeno (proteína de pico del SARS-CoV-2) que estimulará nuestra sistema inmunitario. Las vacunas de ARNm autorreplicantes, incluyen no sólo la secuencia genética del antígeno requerido, sino también la maquinaria de replicación de ARN necesaria para que el ARNm se amplifique un mayor número de veces una vez que penetra en el citoplasma celular, asegurando una mayor producción de antígenos, por la célula afectada. Este tipo de “vacuna” produce una mayor cantidad de antígeno que teóricamente ayuda a lograr una mayor respuesta inmune en forma de anticuerpos neutralizantes.

En ambos tipos de “vacunas”, el ARNm está envuelto en una cápsula protectora, como nanopartículas de lípidos, que lo protegerán de su rápida degradación a medida que viaja a través de nuestro cuerpo y permite su eficiente penetración a través de la membrana celular externa (5).

Sabemos que los retrovirus introducen su material genético permanentemente en nuestro ADN. De hecho, el 8% de nuestro código genético es de origen viral, conocido como "genes retrovirales". Sin embargo, cientos de miles de mutaciones aleatorias similares, podrían haber sido dañinas para las personas afectadas y probablemente haber provocado una enfermedad grave o la muerte.

Las empresas comerciales que fabrican “vacunas” de ARNm, los funcionarios de salud del gobierno y varias universidades, aseguran firmemente que dicho material genético no puede introducirse en nuestro genoma. Se basan en el concepto de unidireccionalidad del flujo de información genética celular para afirmar que no hay posibilidad de mutagénesis de nuestro ADN mediante la inserción de ARNm, ya que es literalmente imposible que entre en el núcleo celular.

Los únicos argumentos “probatorios” para esta afirmación son:

1.- Imposibilidad de la unión física al ADN: el ARNm no puede pasar del citoplasma al núcleo debido al efecto barrera que la membrana nuclear supone y debido a que el ARNm es degradado naturalmente después de la traducción en proteínas en el citosol.

2.- Ausencia de transcriptasa inversa (RT): afirman que, incluso si lograra ingresar al núcleo, no podría convertirse en ADN y entrar en nuestro genoma ya que no hay RT que permita tal conversión.

Hasta ahora, **las "vacunas" de ARNm nunca se habían utilizado clínicamente, por lo que estas afirmaciones, no han sido probadas de manera confiable a nivel clínico**. El primero de estos argumentos que rechazan cualquier riesgo de mutagénesis, se basa en la idea simplista de que el ADN del núcleo es transcrito en ARNm que atraviesa la membrana nuclear y cuando llega al citoplasma se traduce en proteínas leyéndolo en los ribosomas. Está **perfectamente probado que el proceso ADN-ARNm-Proteínas no es un proceso exclusivamente unidireccional y que la dirección opuesta, es perfectamente posible. Hay 4 situaciones en las que esto puede suceder: las dos primeras en células en división celular y las dos siguientes en células en interfase** (6).

Mecanismos de integración en el ADN nuclear:

1) Integración del ADN. A pesar de ser un riesgo no estudiado para los receptores de la "vacuna", la literatura científica claramente demuestra la alta probabilidad de que estos contaminantes, presenten peligros de mutagénesis autoinmune y/o inserción genómica. Estos riesgos siempre se han subestimado. En un ensayo inicial de terapia génica, expertos de la División de Terapia Génica de la FDA estimaron que el riesgo de que se produzcan mutaciones o cáncer por fragmentos de ADN humano o retroviral, es de 1 en un billón. Trágicamente, cuando se administraron fragmentos de ADN retrovírico y humano a niños con enfermedad SC1D en un ensayo de terapia génica, 4 de 9 (44%) de los niños desarrollaron leucemia (7).

2) Integración del ARN. El uso por parte de los virus de sus propios RT para el intercambio de ARN por ADN, se conoce desde hace décadas. Entre los más estudiados, están los virus de la inmunodeficiencia humana. RT, también conocida como ADN polimerasa dependiente de ARN, es una enzima presente en retrovirus que atraviesa la cadena de ARNm y sintetiza una cadena de ADN complementaria (ADNc) a partir de la plantilla de ARNm. Además, RT participa en la formación de una doble hélice de ADN de una sola cadena de ADNc (8).

   Se ha identificado actividad de RT endógena específica en espermatozoides, que puede revertir la transcripción de ARN exógeno directamente y generar copias de ADNc. Estas copias se pueden transferir como estructuras

extracromosómicas y pasadas a la descendencia de una manera no mendeliana (9).

El uso de ARNm en una vacuna puede inducir alteraciones genéticas que puede transmitirse a la descendencia a través del esperma afectado, pero su uso especialmente en mujeres embarazadas podría producir una mutagénesis del células en crecimiento del feto, alterando la diferenciación inherente a la formación de órganos en desarrollo (10).

Una parte esencial de la retórica oficial, es que por las razones anteriormente citadas, el ARNm nunca puede modificar el ADN, sin embargo, como se demuestra, esa afirmación también es incorrecta (11) (12).

Según dice el profesor Jonathan Gershoni **de la Universidad de Tel Aviv en Israel, tres "vacunas" Covid existentes en realidad contienen ADN (no solo ARN) para la síntesis de proteínas espiga dentro de nuestro cuerpo**. Todas las "vacunas" Covid vectorizadas por adenovirus contienen ADN de la proteína espiga modificada. Estas "vacunas" envían sigilosamente ADN ocultándolo en un caparazón de adenovirus. Una vez que el ADN de la proteína de pico es pasada por alto por el sistema inmunológico innato, sus instrucciones genéticas se transcriben a las células humanas, produciendo en masa proteínas de pico diseñadas en laboratorio.

Las "vacunas" vectorizadas por adenovirus transportan el ADN de la proteína de pico al interior de la célula utilizando el adenovirus para subvertir la respuesta inmune innata. Las "vacunas" de ARNm utilizan nanopartículas de lípidos para ocultar las instrucciones y deslizarlas hacia los ribosomas de la célula. En el proceso inicial de subvertir el sistema inmunológico, estas "vacunas" no provocan una respuesta de células T lo suficientemente fuerte como para provocar una adecuada T helper 1, T helper 2 y células B de memoria. Debido a que el sistema inmunológico innato no está expuesto a todo el virus, incluida la envoltura y la nucleocápside, el sistema inmunológico SUFRE. Esta respuesta inmune incompleta y subvertida prepara al cuerpo para una enfermedad grave tras una reinfección posterior.

Con esta nueva tecnología de "vacunas", el ARN mensajero o el ADN de una proteína espiga extraña diseñada en laboratorio se inserta en el cuerpo para sobrescribir la síntesis de proteínas naturales de las células afectadas. Una vez que las "vacunas" rediseñen este proceso de transcripción natural, no hay garantía de que las células dejen de usar este código extraño. No hay estudios que mapeen el lugar al que viajan las proteínas de pico en el cuerpo, cuánto tiempo podrían durar o si su replicación altera la síntesis de proteínas indefinidamente y se convierte en parte de las células humanas o del ADN humano.

Debido a que el ADN no puede transcribirse por sí mismo, las "vacunas" de ADN deben insertar el ADN extraño en el núcleo de la célula humana. Esto permite que

el ARN mensajero haga una copia desechable del ADN, preparando instrucciones para la síntesis de proteínas en el ribosoma. El ARN tiene la capacidad de interactuar con los ribosomas de la célula y es responsable de codificar el tipo de proteína que la célula debe fabricar.

A medida que se descubren mutaciones predominantes de la proteína de pico en la naturaleza, los fabricantes de "vacunas" pueden estudiar ese ADN y modificar el ADN y el ARNm de sus "vacunas" para replicar nuevas secuencias de proteína de pico en humanos cada año.

"Todo organismo viviente emite mensajes energéticos de distinto tipo mediante frecuencias vibratorias (fotónicas, electromagnéticas, escalares…) que cuando se encuentran con otras que vibran en la misma frecuencia se "armonizan", es decir, entran en armonía, en resonancia. Cuando el mensaje que emite por ejemplo un organismo humano en estado de inamación aguda resuena en otro organismo humano porque las condiciones de ambos cuerpos son similares (genética similar y/o epigenética similar: ambiente, alimentación, estrés, conicto biológico, etc.) se repite la vibración y de esta manera se puede ocasionar un estado inflamatorio en las condiciones más o menos similares que pueda reproducir el receptor (esta hipótesis supone que el ADN tiene función energético-vibratoria y puede comportarse como un resonador).

La transmisión puede producirse por diferentes vías, en algunos casos con un mero soporte vibracional, una de ellas es apoyándose en las moléculas que codifican información genética (ADN y ARN) e incluso péptidos. Esta resonancia específica, propia de una especie biológica, tiene la función de mantener el equilibrio genético de una población determinada en unas condiciones determinadas".

Las "vacunas" Covid-19 pueden potencialmente inducir nuevos eventos adversos crónicos catastróficos porque contienen o inducen la producción de proteína de pico. Las modulaciones relacionadas con la proteína de pico, incluidos los cambios en la secuencia de ARNm, los cambios en la secuencia de aminoácidos, la ruta de entrada, la cantidad recibida, la coadministración con adyuvantes u otros excipientes y la colocación de la proteína de pico en otros virus (vectores de vacuna de adenovirus); podrían crear una enfermedad crónica más grave y más común que con la infección natural Covid-19. También existe el riesgo de diseminación de la "vacuna" Covid-19 basada en adenovirus y el potencial de contaminación de los animales en el suministro de alimentos. **Son muchos y variados los riesgos potenciales que presentan (riesgo de enfermedad por priones; riesgo de autoinmunidad; riesgo de penetración de la barrera hematoencefálica; riesgo de los nuevos adyuvantes; incorporación en el anfitrión, el receptor de la "vacuna", en su ADN; diseminación viral; VIH e infecciones secundarias y contaminación de las fuentes de alimentos)**, todos ellos, sugieren que la aprobación comercial/regulatoria de las vacunas específicas de Covid-19 fue prematura (13).

Hay un gran motivo de preocupación porque todas las "vacunas" Covid-19 aprobadas, contienen o codifican una proteína de pico. Las "vacunas"

generalmente incorporan pequeños cambios en la secuencia de aminoácidos de la proteína espiga o en su secuencia de ARNm. No se sabe si estos cambios podrían inducir más enfermedades crónicas, incluida la enfermedad por priones, que la proteína de pico de tipo salvaje. Debido a que todas las “vacunas” se crearon antes de que se conociera el riesgo de las proteínas de pico, es dudoso que esta preocupación se haya abordado antes del desarrollo y comercialización de las mismas.

Existen riesgos, aún no evaluados, asociados a las nuevas plataformas de vacunas basadas en tecnología de ARNm y vectorizadas que ameritan más investigaciones. Por ejemplo, **el riesgo de generar enfermedad por priones debido al potencial de convertir proteínas de unión a ARN y ADN en sus conformaciones priónicas patológicas**, algo que se podría ver a medio y largo plazo; **o la carcinogenicidad** (aún no evaluada) de las vacunas, **en especial de las vectorizadas con adenovirus humanos y de chimpancé. Hay estudios que han demostrado que los virus que infectan a una especie, pueden causar tumores si se inyectan en otra especie**. **Un adenovirus humano de tipo 12 inyectado en primates no humanos bebés, provocó un cáncer de ojo 12 a 36 meses después de la inyección**. Uno a tres años después de la inyección, el adenovirus humano provocó masas tumorales que eran indistinguibles del retinoblastoma humano, un tumor de retina que afecta a los niños. Por lo tanto, **tampoco se puede descartar que una vacuna de adenovirus pueda provocar cáncer en los seres humanos, cuando se inyecta en edades tempranas**. Las líneas celulares humanas (por ejemplo de riñón de embrión humano HEK 293, o de retina de feto humano), se han modificado con la ayuda de los adenovirus para transformarlas en líneas celulares inmortales (14).

Adicionalmente, **es necesario tener en cuenta que, tal como se observó durante el proceso de desarrollo de vacunas para el virus SARS-CoV-1 en 2003 (que es 80% similar al SARS-CoV-2), existe la posibilidad de que se genere una enfermedad potenciada por el uso de vacunas o anticuerpos (ADE), y/o una inmunopatología Th2 de tipo alérgica y anafiláctica**. **En aquel entonces, los ensayos en animales mostraron inmunopatologías y procesos inflamatorios graves en el 100% de los animales inoculados, independiente el tipo de vacuna utilizada, al exponerlos al virus salvaje o circulante** (15).

Examinemos más a fondo los criterios mencionados al principio de este apartado, para discutir si se han cumplido para ser una "vacuna":

1) Hemos encontrado ahora que la inyección no confiere inmunidad de anticuerpos al virus SARS-CoV-2; promueve anticuerpos contra la "proteína espiga sintética" que sus células han construido; esa proteína espiga no es específica del virus SARS-CoV-2.

2) Los anticuerpos producidos tienen que darle protección contra el patógeno (virus SARS-CoV-2); pero no se ha demostrado en ningún estudio que haga esto

y los desarrolladores de la “vacuna” lo han declarado abiertamente, no saben si la inyección dará protección.

3) La inyección no fue estudiada para demostrar que reduce las hospitalizaciones o muertes; los estudios realizados no se diseñaron para evaluar esto y no se evaluó; declararon que no saben.

4) La inyección no se estudió para demostrar que reduce los síntomas graves.

5) La inyección no fue estudiada para demostrar que nos impide portar el patógeno.

6) La inyección no se estudió para demostrar que detiene la transmisión de una persona a la siguiente persona.

Consecuencias de las “vacunas": eventos adversos y muertes

Como explica el Dr. Bhakdi, cuando recibe una “vacuna” antiCovid se inyectan instrucciones genéticas en el músculo deltoides. El músculo las drena hacia los ganglios linfáticos y a su vez pueden ingresar al torrente sanguíneo. También puede haber una translocación directa del músculo a los vasos sanguíneos más pequeños.

Los datos de animales que presentó Pfizer a las autoridades japonesas demuestran que el ARNm apareció en la sangre tan solo una o dos horas después de recibir la “vacuna”. Esta rapidez sugiere que las nanopartículas se trasladan de forma directa del músculo a la sangre, sin pasar por los ganglios linfáticos.

Una vez dentro de su torrente sanguíneo, las instrucciones genéticas se envían a las células disponibles, es decir, las células endoteliales. Estas son las células que recubren los vasos sanguíneos. Después, estas células comienzan a producir la proteína Spike, según las instrucciones del ARNm. Como su nombre indica, las proteínas Spike se ven como picos que sobresalen de la pared celular hacia el torrente sanguíneo.

Como se supone que no deben estar allí, **los linfocitos piensan que las células están infectadas, por lo que se apresuran a combatirlas. Los linfocitos asesinos atacan las células, lo que daña la pared celular**. **Este daño, a su vez, provoca la formación de coágulos**. Ahora hay evidencia de que las “vacunas” antiCovid están causando todo tipo de problemas de coagulación, desde coágulos microscópicos hasta coágulos masivos que se extienden hasta el pie y a otras partes del cuerpo.

Por supuesto**, cuando se produce un coágulo lo suficientemente grande en el corazón, provoca un ataque cardíaco. En el cerebro, provoca un derrame cerebral**. **Pero incluso los microcoágulos que no bloquean por completo los vasos sanguíneos pueden tener complicaciones graves**. Se puede verificar la presencia de microcoágulos al realizar un análisis de dímero D.

Si tiene niveles elevados de dímero D, significa que tiene coagulación en alguna parte de su cuerpo.

Pero, eso no es todo. **Los anticuerpos contra la proteína Spike también pueden ser dañinos**. Bhakdi explica:

"También surgió otro problema igual de alarmante [que el problema de la coagulación]. Una o dos semanas después de recibir la primera dosis, comienza a producir anticuerpos en grandes cantidades.

Cuando recibe la segunda dosis y las proteínas Spike comienzan a proyectarse desde las paredes de los vasos hacia el torrente sanguíneo, no solo se encuentran con los linfocitos asesinos, sino que ahora los anticuerpos también están allí y los anticuerpos activan el sistema del complemento.

Ese fue mi primer campo de investigación. El primer sistema en cascada es el sistema de coagulación. **Se activa y la sangre se coagula**. **Si se activa el sistema del complemento con los anticuerpos que se unen a la pared del vaso, este sistema empezará a crear agujeros en la pared del vaso**.

Por eso tenemos a muchos pacientes con sangrado en la piel. ¿Por qué sucede eso? Pues si se agujeran los vasos, es obvio que sangren. Si se agujeran los vasos del hígado, del páncreas o del cerebro, entonces la sangre se filtrará de los vasos hacia los tejidos.

Las 'vacunas' antiCovid están en su torrente sanguíneo durante al menos una semana y después llegan hasta los órganos. **Y cuando esas células [de órganos] comienzan a producir la proteína Spike por sí mismas, los linfocitos asesinos también las buscarán y las destruirán [en ese órgano, lo que crea aún más daños y coagulación]**.

Podríamos estar ante la presencia de uno de los experimentos más fascinantes, en el que podríamos terminar con enfermedades autoinmunes masivas. Aunque no se sabe cuándo sucederá. Ni tampoco cuál será el resultado final".

Las "vacunas" antiCovid también pueden dañar sus ganglios linfáticos, ya que están llenos de linfocitos y de otras células inmunológicas. Al entrar en contacto, algunos de los linfocitos morirán de forma inmediata, lo que provocará inflamación.

Las células que no mueren, absorben el ARNm y comienzan a producir proteínas Spike, por lo que serán reconocidas como productoras de virus y serán atacadas por el sistema del complemento. En pocas palabras, crea una guerra entre algunas células inmunológicas contra otras células del mismo tipo. Como resultado de esta guerra, sus ganglios linfáticos se inflaman y comienzan a doler.

Este es un problema grave, ya que los linfocitos de los ganglios linfáticos son los guardias que mantienen bajo control las infecciones latentes, como el herpes zóster. **Cuando funcionan mal o se destruyen, estos virus**

latentes pueden activarse. Es por eso que hay un número creciente de reportes de lupus, herpes, Epstein-Barr, tuberculosis y otras infecciones que surgen como efecto secundario de las "vacunas". Por supuesto que esto también influye en ciertos tipos de cáncer.

"Como todos sabemos, **todos los días se forman tumores en nuestros cuerpos, pero esos linfocitos reconocen esas células tumorales y luego las eliminan". Dice Bhakdi**. "Por lo tanto, me preocupa mucho que inciten a introducir algo en el cuerpo que va a cambiar todo el mundo de la medicina".

Si analizamos los datos oficiales recogidos en las diferentes bases de datos, comprobamos la cruda realidad; la administración del suero, ha dado lugar a: *muertes* (**oficialmente entre Estados Unidos (VAERS), Europa (EUDRAVIGILANCE) y Reino Unido (YELLOW CARD-NHS); hay ya 50 571 fallecidos y 4 967 613 eventos adversos reportados**), también *abortos espontáneos o partos prematuros* (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) **mas del 80% de las mujeres embarazadas que reciben la "vacuna" en las primeras 20 semanas de gestación o en los 30 días siguientes al embarazo, sufren abortos espontáneos** (23), además se están produciendo preocupantes reportes del VAERS, **bebés amamantados que presentan efectos adversos tras ser sus madres "vacunadas" contra el Covid-19**; aún así, los CDC están recomendando la "vacuna" Covid a embarazadas y encima, basándose en un estudio que ni siquiera, está revisado por pares, exactamente lo mismo que hizo la OMS para los PCR con cero rigurosidad científica. El New England Journal of Medicine publicó una corrección recientemente y ahora ***sí admite que la "vacuna" Covid puede no ser segura para las mujeres embarazadas***. 1 de cada 8 mujeres embarazadas pierden a su bebé después de recibir la inyección. El estudio se actualizó después de que se encontró que 104 de las 827 participantes embarazadas experimentaron un aborto espontáneo después de recibir el suero.

Al detectar "**errores graves" en un estudio de los CDC** publicado en abril de 2021 en The New England Journal of Medicine, dos investigadores de Nueva Zelanda están **solicitando frenar inmediatamente las "vacunas" de ARNm contra la Covid en niños y mujeres embarazadas**.

Al estudio de los CDC ya se le había hecho una corrección en octubre de 2021, cuando los autores admitieron que no podían calcular una estimación del riesgo de embarazo porque "en el momento de este informe, el seguimiento de 20 semanas aún no estaba disponible para los 905 de los 1224 participantes".

Sin embargo, los investigadores de Nueva Zelanda, Simon Thornley, Ph.D., y Aleisha Brock, Ph.D., argumentan que usar datos aislados solo de embarazos del tercer trimestre es inapropiado para aplicar a un período gestacional completo. Cuando analizó el estudio de los CDC, "***la incidencia de abortos espontáneos en el primer trimestre fue del 82 % al 91 % de las mujeres que fueron 'vacunadas' antes de las 20 semanas de gestación***", dijeron Thornley y Brock.

Thornley y Brock también mencionan otros puntos que hacen que el estudio de los CDC sea defectuoso, como el hecho de que hubo casos de síndrome similar a la preeclampsia en mujeres "vacunadas" y que el riesgo de pérdida antes de la implantación en un estudio animal fue casi el doble. "Las conclusiones de seguridad generalizadas no son convincentes y, dada la limitación de su estudio, sugerimos ***que se detengan las "vacunas" de ARNm durante el periodo de embarazo y la lactancia, además de no aplicar ARNm en los niños o en las personas en edad fértil***", Concluyeron Thornley y Brock.

Cuando los investigadores enviaron una nota a los autores del estudio, un portavoz de los CDC respondió, diciendo que los CDC tenían conocimiento de que otros habían considerado los riesgos de aborto espontáneo, pero que las tasas de aborto espontáneo son del 10 % al 25 %, y que " la evidencia creciente sobre la seguridad y eficacia de la 'vacuna' antiCovid-19 durante el embarazo demuestra que los beneficios de recibir una "vacuna" Covid-19 superan cualquier riesgo conocido o potencial".

"**Dada la incertidumbre sustancial, le decimos a las personas que tengan mucho cuidado con las 'vacunas**'"

El periodista de investigación Steve Kirsch ha escrito un artículo en el que afirma que los hospitales infantiles en los Estados Unidos se están llenando de bebés recién nacidos que tienen problemas cardíacos graves, todo porque sus madres recibieron la "vacuna" Covid-19.

Un correo electrónico que Kirsch recibió afirma que las tres UCIN (UCI neonatales) de un hospital están completamente llenas de pacientes recién nacidos. Todos los bebés son de madres que están completamente "vacunadas", confirmó una enfermera a partir de sus registros, aunque el personal del hospital no puede preguntar directamente sobre el estado de vacunación de las madres. El correo electrónico decía: "Debido a que este es un rumor de tercera o cuarta mano, normalmente trataría de confirmarlo antes de compartirlo con nadie".

En su artículo, Kirsch pidió a los médicos que se pusieran en contacto, leyeran su trabajo y comentaran las afirmaciones de la carta, ya sea para cuestionarlas o confirmarlas. En respuesta, cientos de personas se pusieron en contacto y compartieron sus experiencias.

Una persona dijo que había visto varios artículos publicados recientemente que confirmaban que las UCI están "repletas" de pacientes enfermos y moribundos, muchos de los cuales se ven obligados a sentarse en los pasillos debido a que no hay más camas disponibles.

Esta persona agregó: "Las habitaciones están llenas de pacientes con síntomas NO de Covid, es decir, no están por Covid. La causa sospechada son los efectos secundarios de la "vacuna". "La pregunta aquí es ¿cuántos de estos pacientes pronto serán bebés?".

Otra persona escribió sobre cómo se ha "establecido claramente" que la tasa de abortos espontáneos se ha disparado desde que se empezaron a administrar las vacunas a las mujeres embarazadas.

“A mi nuera, que no está “vacunada” y acaba de dar a luz, su médico le dijo que no se vacunase durante el embarazo porque sus últimas tres pacientes tuvieron abortos espontáneos inmediatamente después de recibirla”, explicó esta persona.

"No se trata solo de los recién nacidos con problemas cardíacos", señaló otro sobre cómo los niños mayores también están siendo dañados por los golpes. "¿Cuántas veces necesitamos ver a los jóvenes sufrir misteriosos ataques cardíacos al mismo tiempo antes de que la gente comience a sentir curiosidad remota?"

Además,los sueros experimentales producen: *trastornos cardíacos* (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32), *Parálisis de Bell* (33) (34) (35) (36), *Síndrome de Guillain-Barré* (37) (38) (39), *trastornos de la coagulación sanguínea* (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (46b) (46c) (46d) (46e) (46f), *perjuicio del sistema inmunológico* (47) (48) (49), *trastornos neuronales* (50) (51) (52) (53) (54) (desmielinización del SNC), *uveítis* (inflamación ocular que puede causar ceguera permanente) (60), artralgia (dolor articular) y *otros efectos secundarios* (61) (62) (63) (64).

Si analizamos al mecanismo de acción de la proteína Spike, tenemos que analizar el mecanismo de acción del ARNm y de los vectores virales que llevan a la producción de esa proteína. Aunque los veremos más detalladamente más adelante, sabemos de la alta inmunogenicidad del ARNm por sí solo (genera respuestas inflamatorias muy severas) y también sabemos de los efectos potenciales de las nanomoléculas añadidas a las “vacunas” de ARNm para ayudar a su distribución celular y estabilidad; entonces no debiera extrañarnos leer acerca de reportes de casos de diversos eventos adversos, como los ya mencionados y como algunos no mencionados (la lista no tiene fin, ni en cantidad ni en variedad) que se repiten últimamente:

El Dr. Hervé Seligmann, profesor del Instituto de Tecnología de Microestructuras del Instituto de Tecnología de Karlsruhe (KIT), examinó la fertilidad en países que se han “vacunado” masivamente contra la Covid-19 en comparación con los que no lo han hecho, y concluye que **la fertilidad de las mujeres disminuye cuanto más se “vacunan” las mujeres**.

El examen de los datos confirma el estudio de Shimabukuro et al (2021) que mostró que **el 80% de los embarazos terminaron en abortos espontáneos en los primeros tres meses de embarazo, después de la “vacuna”**. Ha habido más muertes fetales en los últimos 11 meses después de las inyecciones de los sueros experimentales que en los últimos 30 años después de TODAS las vacunas.

En el primer gráfico, se puede ver una disminución en la fertilidad cuanto más se “vacuna” un país, con 3 países con valores atípicos claros, Israel, Mongolia y

Seychelles. En el segundo gráfico, los datos se corrigen según la riqueza de los países (los países más pobres tienen mayor fecundidad). Después de la corrección, Seychelles y Mongolia vuelven a la norma, y solo Israel continúa disfrutando de una fertilidad relativamente alta a pesar del alto porcentaje de mujeres "vacunadas".

Aunque el Dr. Seligmann no explica el motivo de la anomalía israelí, el director de la organización Nakim, Haim Yativ, dice que la anomalía en Israel puede explicarse por el hecho de que Israel es el estado de laboratorio de Pfizer y que debe haber recibido un alto porcentaje de receptores de placebo para probar los resultados de la "vacuna" como grupo de control.

En el tercer gráfico, el Dr. Seligmann compara los datos de fertilidad de 2019 con los de 2021. En el gráfico se puede ver la tendencia a la baja en la fertilidad cuanto más mujeres se "vacunan". Al mismo tiempo se puede observar que en promedio en 2021 la fecundidad fue mayor que en 2019, posiblemente explicado por los encierros del Covid-19 y/u otros factores sociales relacionados con la situación.

En conclusión, el Dr. Seligman estima que **el daño a la fertilidad pronto debería parecer aún más severo debido al efecto de las "vacunas" en los hombres y el embarazo**:

"Las comparaciones entre países muestran una menor fertilidad asociada con la 'vacunación' femenina", escribe. "Esto está en consonancia con las sospechas de mayores riesgos adversos del embarazo en las mujeres 'vacunadas' durante el primer trimestre del embarazo. Es posible que **los efectos de la 'vacunación' masculina independientemente de los efectos de la 'vacunación' femenina sean detectables si la fertilidad se estimara por el número de embarazos, no por el número de nacimientos, durante un período más largo, ya que la fertilidad masculina afecta más directamente las frecuencias de embarazos y más indirectamente los resultados del embarazo**. Los datos analizados reflejan casi exclusivamente los efectos de la 'vacuna' durante el embarazo. Pronto, **los efectos de la 'vacunación' en el período anterior a la concepción, incluso en los hombres, deberían aparecer y fortalecer la disminución de la fertilidad observada en este punto**".

Haim Yativ señala que los nacimientos no garantizan la salud de los bebés nacidos de padres vacunados y que los informes de defectos genéticos en varios lugares no se han investigado, sino que se han ignorado.

También señala que en esta etapa no es posible sacar conclusiones sobre el daño a la fertilidad masculina, y que "tendremos que esperar unos meses más desde que comenzó la campaña de 'vacunación' en varios países, pero ya en esta etapa podemos referirnos a las muchas advertencias de los expertos sobre esterilización y/o daño genético a su futura descendencia".

“**Los efectos de la ‘vacunación’ sobre la fertilidad probablemente aumentarán a medida que los efectos en los períodos previos a la concepción, incluidos los hombres, se vuelvan más comunes, más allá de los efectos de la ‘vacunación’ durante el embarazo**”, concluye Yativ.

El artículo es claro en su conclusión de que **la “vacuna” de Pfizer-BioNTech (BNT162b2, Tozinameran, Comirnaty) fue la causa definitiva y única del daño hepático que presentó una paciente de 61 años de edad**. Para esto, descartaron todos los otros diagnósticos presuntivos de forma sistemática y científica. Este artículo se suma a otros reportes de caso publicados (más reportes que se acumulan en los sistemas de registro de reacciones adversas) sobre daño al hígado y función hepática anormal posterior a la “vacunación” en personas que han recibido la “vacuna” contra SARS-COV-2. Un ejemplo adicional es este otro artículo que reporta daño hepático y púrpura trombocitopénica de origen inmune en una mujer sana de 26 años tras recibir la “vacuna” de Moderna.

Un reporte de un caso que fue publicado en la revista American Journal of Kidney Disease (Revista Americana de Enfermedades Renales). El artículo documenta un caso de una enfermedad conocida como **"Enfermedad de Cambios Mínimos (ECM)", que es una afectación de los riñones que puede ser severa y es la principal causa de nefrosis (daño renal) en niños** (pueden leer más sobre este padecimiento aquí).

El reporte clínico consiste del caso de un hombre sano (sin comorbilidades) de 50 años quien 10 días **después de recibir la “vacuna” contra SARS-CoV-2, experimentó daño renal agudo y síndrome nefrótico**. Sus signos clínicos habían comenzado a los cuatro días de la aplicación de la primera dosis de la “vacuna” de Pfizer, e incluyeron edema (acumulación de líquido) en las piernas, manos, pared abdominal y pene. Tenía alterados algunos parámetros sanguíneos y clínicos que fueron indicativos de daño renal severo. Su función renal continuó deteriorándose y tuvo que recibir tratamiento con corticosteroides y mantenerse hospitalizado por 10 días. El cuadro clínico ha sido descrito en otras condiciones, incluyendo la recepción de algunas vacunas, como la de Influenza. Si bien reconocen los autores la asociación entre la recepción de la “vacuna” contra SARS-CoV-2 y la ocurrencia del daño renal ECM, indican que es el primer caso y que deben de esperar más reportes para conocer la incidencia verdadera de este "posible efecto adverso de la vacuna". Lo interesante es que este estudio fue publicado en abril de 2021, y desde entonces hasta el 05 de octubre, efectivamente, se han reportado más reportes, 14 de hecho, y asociadas a las “vacunas” de: Pfizer, Astrazeneca, Johnson & Johnson y Moderna.

Por la gravedad que puede tener el síndrome nefrótico y el fallo renal agudo, es importante y necesario que los médicos conozcan estos efectos adversos para poder reconocer los síntomas de manera oportuna en los pacientes “vacunados”.

El inmunólogo y ex científico de los NIH J. Bart Classen, **analizó los datos sobre los eventos adversos de las “vacuna” Covid notificados al sistema Yellow Card del Reino Unido y encontró miles de informes de múltiples síntomas que son "señales claras" de trastornos neurodegenerativos**. Publicó un

artículo en febrero que describe el potencial de los sueros experimentales de ARN mensajero (ARNm) para desencadenar el desarrollo de enfermedades priónicas así como otras enfermedades crónicas.

Las enfermedades priónicas o "similares a priones" incluyen Alzheimer, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), atrofia multisistémica (MSA) y otras. Un sello distintivo de estas enfermedades neurodegenerativas es **la formación y agrupación de** proteínas mal plegadas **dentro del sistema nervioso**.

Las conclusiones de febrero de Classen se basaron en el análisis de ARN de la inyección de Pfizer. Ahora, Classen ha publicado un segundo artículo sobre los riesgos de la enfermedad por priones que se basa en datos reales de eventos adversos del Reino Unido después de la "vacunación" con las "vacunas" AstraZeneca o Pfizer. Estos datos muestran que **el riesgo de eventos adversos neurodegenerativos está lejos de ser teórico. De hecho, la "vacuna" AstraZeneca ya está produciendo una señal de seguridad para la enfermedad de Parkinson, y la "vacuna" Pfizer no se queda atrás**:

El análisis de Classen se centra en aproximadamente seis meses de datos (hasta mediados de junio de 2021) para dos de las inyecciones experimentales actualmente autorizadas en el Reino Unido: la "vacuna" Oxford-AstraZeneca que despliega adenovirus genéticamente modificados y la "vacuna" Pfizer-BioNTech que depende de lípidos-ARN sintético encapsulado. (Debido a la falta de datos, Classen no pudo incluir la toma de Moderna).

Aunque ambas "vacunas" tienen como objetivo estimular la producción de proteína de pico de coronavirus y anticuerpos relacionados dentro del receptor, las dos inyecciones son "bastante diferentes en su composición", según Classen.

Esto podría explicar el primer hallazgo sorprendente generado por el escrutinio de Classen de los datos de reacciones adversas: hasta ahora, el Reino Unido ha visto 3.55 veces más reacciones adversas reportadas con la inyección de AstraZeneca en comparación con la inyección de Pfizer (745 965 vs 210 168). Cada informe de AstraZeneca describe un promedio de 3.63 reacciones adversas frente a 2.84 reacciones, en promedio, para cada informe de Pfizer.

Este patrón general también es válido para los "trastornos nerviosos", con 4.14 veces más reacciones de este tipo informadas para la inyección de AstraZeneca que para la inyección de Pfizer (estadísticamente significativa al nivel de $p=0.00001$).

Dentro de la categoría "Trastornos nerviosos", las reacciones de la enfermedad de Parkinson muestran un "aumento muy significativo y específico en los informes de AstraZeneca en comparación con los informes de 'vacunas' de Pfizer".

Los hallazgos estadísticamente significativos incluyen:

185 reacciones de Parkinson informadas después de la vacunación con AstraZeneca versus 20 para las inyecciones de Pfizer (identificadas principalmente a través de un síntoma específico llamado "Fenómeno de congelación")

9288 versus 937 informes de temblor (otro síntoma potencial de Parkinson) para AstraZeneca y Pfizer, respectivamente.

58 versus 4 informes de alteraciones del sueño (un síntoma característico de una enfermedad priónica llamada "insomnio familiar fatal")

Al describir estos hallazgos como una "señal clara de una enfermedad priónica específica, la enfermedad de Parkinson", Classen señala que **los hallazgos son biológicamente plausibles porque son consistentes con lo que se conoce sobre la** proteína de pico de coronavirus patógeno. Además, **los síntomas más destacados de congelación, temblores y alteraciones del sueño coinciden con la "patofisiología bien aceptada de la enfermedad priónica**".

Por lo general, los científicos creen que se necesitan años (o incluso décadas) para que el plegamiento anormal de ciertas proteínas produzca la enfermedad priónica. Entonces, ¿cómo podría Classen detectar una "señal clara" de la enfermedad de Parkinson pocos meses después del lanzamiento de las "vacunas"?

Classen ofrece varias explicaciones que no son necesariamente excluyentes entre sí. En primer lugar, sugiere que **las "vacunas" Covid podrían acelerar la progresión de la enfermedad en personas que ya tienen una enfermedad priónica subclínica o que tienen una enfermedad priónica leve que no se ha diagnosticado correctamente**.

Además, existe evidencia que indica que la proteína del pico de la vacuna puede provocar el plegamiento incorrecto de proteínas de unión de ARN / ADN esenciales llamadas TDP-43 y FUS y catalizar una "reacción en cadena" tóxica.

La proteína de pico de la "vacuna" también puede causar que las proteínas "incluidos los priones [normales] que ya están en las células" formen grupos anormales (llamados cuerpos de Lewy) **que pueden resultar en una "muerte celular relativamente rápida"**. La investigación ha demostrado el desarrollo de cuerpos de Lewy en monos expuestos al SARS-CoV-2. En particular, los cuerpos de Lewy "causan algunos o todos los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson".

Precisamente porque **la proteína de pico puede poner en movimiento rápidamente la acumulación anormal de proteínas**, Classen especula que esto "**podría permitir una detección bastante rápida de la enfermedad priónica después de la inmunización**".

Al mismo tiempo, Classen advierte que los sistemas de notificación de eventos adversos defectuosos probablemente no captarán las enfermedades

neurodegenerativas que tardan más en desarrollarse. La mayoría de los informes de eventos adversos de las vacunas son para eventos agudos, dice, mientras que pocos de los eventos adversos que ocurren "años o décadas después de la administración de un producto farmacéutico se informan".

Además, los síntomas de la enfermedad por priones a menudo son inespecíficos o se superponen con otras afecciones, lo que dificulta el diagnóstico y es probable que no se notifiquen lo suficiente.

Por estas y otras razones, Classen sugiere que la relevancia clínica de sus hallazgos "podría ser registros en magnitud más alta" que la señal de Parkinson que pudo detectar en los datos de la Tarjeta Amarilla.

"Los desequilibrios en las tasas de reacciones detectadas, pueden explicarse por las notables diferencias en la composición de las dos 'vacunas', lo que permite que una "vacuna' induzca algunas enfermedades priónicas más rápidamente. La 'vacuna' de AstraZeneca, puede concentrarse en el sistema gastrointestinal en mayor medida, lo que conduce a un transporte más rápido de la proteína de pico a través del nervio vago al cerebro. Por el contrario, a largo plazo, la 'vacuna' de ARNm de Pfizer puede inducir más TDP-43 y FUS para formar priones y conducir a más enfermedades priónicas".

Otra explicación de por qué puede haber habido más reacciones adversas e informes para la inyección de AstraZeneca frente a la de Pfizer podría tener que ver con la cantidad de dosis de "vacuna" de cada tipo administradas en el Reino Unido. Classen no pudo determinar la proporción de dosis totales atribuibles a cada empresa. Sin embargo, a mediados de julio, el Reino Unido había ordenado el mismo número de dosis (100 millones) a ambos fabricantes de "vacunas".

Es importante ser consciente de que según el informe Lazarus (65) (66)**, el número de eventos adversos reportados oficialmente, es solo el 1% de los reales, por lo tanto, para saber aproximadamente el número real de muertes y eventos adversos, las cantidades recogidas en las bases de datos anteriormente mencionadas, debemos multiplicarlas por 100.**

Un estudio publicado en 2006 en el Journal Drug Safety incluyó más de 37 estudios utilizando una amplia variedad de métodos de vigilancia de 12 países diferentes. Encontraron evidencia de un subregistro generalizado y significativo de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Esto incluye RAM muy graves.

Esto es preocupante dado el hecho de que los medicamentos recetados son la tercera causa principal de muerte después de las enfermedades cardíacas y el cáncer en los Estados Unidos y Europa.

Un estudio publicado en 2018 en la Revista Internacional de Investigación en Ciencias Médicas intentó responder la pregunta de por qué está sucediendo esto. Nuevamente, es un problema bien conocido entre quienes lo investigan, y los datos son bastante similares en todos los ámbitos a través de múltiples

publicaciones. El estudio descubrió que entre los médicos hay simplemente "un nivel muy bajo de conciencia sobre la notificación de RAM". Descubrieron que el 32.8% de los encuestados no sabía si la reacción fue causada por el fármaco o que el 46.3% consideró que no es necesario informar reacciones reconocidas. En general, "se observó un nivel muy bajo de conocimiento de la farmacovigilancia entre los médicos" y los investigadores enfatizaron la necesidad de mejorar el conocimiento entre los médicos. Deben existir sistemas de informes adecuados y accesibles para que puedan mejorar los informes.

El sistema de notificación de reacciones adversas a las vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de los CDC y la FDA "es el sistema de alerta temprana de la nación que monitorea la seguridad de las vacunas una vez que la FDA las autoriza". Es un sistema de autoinforme que está diseñado para ayudar a identificar señales de eventos adversos (es decir, por ejemplo, eventos trombóticos de la "vacuna" Covid-19 o miocarditis). "Los científicos del VAERS buscan un número inusualmente alto de informes de un evento adverso después de una vacuna en particular o un nuevo patrón de eventos adversos".

Un investigador llamado Albert Benavides llevó a cabo un análisis de datos sobre el Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas (VAERS), que mantienen los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Y lo que encontró ***es que hay cientos de eventos adversos graves asociados con las "vacunas" contra la Covid-19 que estas dos agencias federales ocultan al público***.

Más de 200 síntomas diferentes, han sido completamente barridos **bajo la alfombra tanto por los CDC como por la FDA, que continúan afirmando que las "vacunas" contra la Covid son "seguras y efectivas**".

Las 200 de estas reacciones adversas graves ocurren a un ritmo mucho más alto que la miocarditis, la afección cardíaca está explotando particularmente entre los jóvenes que toman los sueros.

"En total, **hubo más de** 4000 **códigos de eventos adversos VAERS que fueron elevados por estas 'vacunas' en un factor de 10 o más sobre la línea de base sobre la que los CDC deberían haber advertido a la gente**", informó el reportero de investigación Steve Kirsch en su Substack.

Se ha constatado que estas mal llamadas "vacunas", son las más peligrosas de la historia **según los propios datos de los CDC y VAERS. En la actualidad, se han registrado** 2.5 veces más muertes **después de las inyecciones de las "vacunas" Covid-19 durante los últimos 10 meses (desde que se autorizó el uso de emergencia de las inyecciones antiCovid-19), que las muertes registradas después de TODAS las vacunas durante los últimos 30 años. Los** propios datos de Pfizer **muestran que las "vacunas" matan a más** personas **de las que salvan.**

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha recomendado añadir **un tipo raro de inflamación de la columna vertebral llamado mielitis**

transversa como efecto secundario de la "vacuna" monodosis de Janssen (Johnson & Johnson) contra la Covid-19. **Los informes sobre esta grave enfermedad neurológica fueron también el motivo de la interrupción de los ensayos en las primeras fases de desarrollo de las "vacunas" de AstraZeneca y Janssen que se basan en una tecnología similar**.

La mielitis transversa es un **síndrome inflamatorio que afecta a la médula espinal** y que suele ser provocado por infecciones virales. En la mayoría de los casos, el trastorno inflamatorio aparece después de recuperarse de la infección.

Algunos de los síntomas de la mielitis transversa son dolor, debilidad en los brazos y las piernas, parálisis, problemas sensoriales o disfunción de la vejiga y el intestino.

Su tratamiento, basado en medicamentos y terapia de rehabilitación, puede llegar a lograr que las personas se recuperen al menos parcialmente. No obstante, **las personas con ataques severos a veces quedan con discapacidades significativas**

Veamos de forma más detallada, distintas bases de datos:

En Estados Unidos, hasta el 12 de noviembre, **tenemos 894 145 eventos adversos reportados** (67) **(139 126 graves** (68)**) y 18 853 muertes** (69)**.** Los datos totales del VAERS para todos los grupos de edad combinados, muestran:

- 94 537 hospitalizaciones.
- 99 414 casos que requirieron cuidados urgentes.
- 139 951 visitas al médico.
- 172 837 casos de anafilaxia.
- 3158 casos de parálisis de Bell.
- 1376 casos de abortos espontáneos.
- 743 casos de Síndrome de Guillain-Barré.
- 3145 casos de pericarditis y miocarditis.
- 30 010 casos de discapacidad permanente.
- 11 058 casos de trastornos de la coagulación.
- 7810 casos en los que peligró la vida del paciente.

Según las estadísticas, el 18.1% de la población de los Estados Unidos, está actualmente cubierta por Medicare, el programa nacional de seguro de salud en

ese país. Los datos filtrados han revelado que más de 48 000 de los cubiertos por Medicare han muerto dentro de los 14 días posteriores a ser inoculados con el suero.

Los datos también muestran que 2883 han sufrido un infarto de miocardio (ataque cardíaco), 1316 han sufrido parálisis, 2135 han sufrido un accidente cerebrovascular y 2353 han sufrido trombocitopenia (plaquetas bajas que pueden causar sangrado espontáneo de los ojos), todo dentro de los 28 días posteriores "vacunación".

Casi el 60% de las hospitalizaciones recientes por Covid-19 ocurrieron en los "completamente vacunados", según los nuevos datos de Medicare.

Una presentación esta semana (primera de octubre) para el Proyecto Salus, un programa Covid basado en inteligencia artificial del Departamento de Defensa (DOD), informó los hallazgos de entre una muestra de 5.6 millones de beneficiarios de Medicare, el 80% de los cuales tenían más de 65 años.

"A medida que la variante Delta se volvió predominante, los casos de Covid-19 aumentaron cinco veces en la población [mayor de 65 años]", afirma el informe. "**En esta población de 65 años (80%), se estima que el 60% de las hospitalizaciones Covid-19 se produjo en los individuos totalmente "vacunados"**. **Los "completamente vacunados" también representaron más del 71% de los casos de Covid-19 al 21 de agosto**, según la presentación, no obstante, **los casos de Covid y las hospitalizaciones entre los "vacunados" probablemente fueron mucho más altos, ya que el informe del Proyecto Salus no incluyó a los pacientes con una sola inyección como "vacunados" y solo definió a los de doble inyección como "completamente vacunados" dos semanas después de su segunda dosis**.

"Incluso con este número tan alto, el 60%, **el número real es absolutamente más alto debido a los métodos sesgados de cómo el gobierno determina quién está 'vacunado'**. No incluyen a los que recibieron 1 dosis, solo a los que recibieron 2 dosis y ha pasado una ventana de 14 días, y ahora Biden dice que los refuerzos de más 2 inyecciones lo pondrán en la lista de 'completamente vacunados'", dijo el abogado médico de Nueva York Thomas Renz, quien descubrió los documentos del Departamento de Defensa.

Los hallazgos del Proyecto Salus reflejan fallos bien documentados de la "vacuna" Covid en otros países, incluidos Israel y el Reino Unido, donde **la mayoría de las muertes por Covid-19 atribuidas a la variante Delta se han reportado en personas "completamente vacunadas**".

Los datos también pueden respaldar los temores de varios expertos de que **las "vacunas" podrían conducir a una mejora dependiente de anticuerpos, lo que ocurre cuando la vacunación en realidad exacerba las complicaciones de la enfermedad en lugar de prevenirlas**.

Si bien las "vacunas" Covid fallan cada vez más en detener la propagación del virus o de enfermedades graves, la inmunidad natural de una infección previa por Covid "ofrece un efecto protector importante contra la hospitalización", reconoció el informe del Proyecto Salus.

En un informe que incluye datos de Estados Unidos y del extranjero, las muertes por vacuna se actualizan hasta finales de septiembre de 2021. La cantidad de eventos potencialmente mortales causados por las "vacunas" Covid ya pasó los mismos datos para todas las demás vacunas desde 1990. El número de hospitalizaciones por las "vacunas" Covid casi ha alcanzado los mismos datos reportados para todas las vacunas desde 1990.

El número de muertes por los pinchazos de los sueros experimentales, ya ha superado a los causados por todas las demás vacunas desde 1990. Es casi el doble. Sí, se registran 15 937 personas que murieron a causa de la "vacuna" Covid, donde casi la mitad de ese número (9141) han muerto por todas las demás vacunas combinadas, nuevamente desde 1990. Si eso no es suficiente daño, el número de discapacidades permanentes causadas directamente por el de los pinchazos con sueros ya han superado las discapacidades permanentes causadas por todas las demás vacunas durante los últimos 20 años.

Los datos disponibles del Centro para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos, muestran que desde que se puso en marcha el programa de "vacunación" Covid-19 en ese país, las muertes debido a "hallazgos clínicos anormales no clasificados en otra parte'' han aumentado exponencialmente en comparación con los niveles de vacunación previos al Covid-19.

Al mismo tiempo que aumentaba el número de personas inoculadas, también aumentaba sospechosamente las muertes debido a hallazgos clínicos anormales no clasificados en otra parte. El gráfico se ha realizado con datos oficiales de los CDC que se pueden buscar aquí y muestra el número de muertes debido a 'síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales no clasificados en otra parte' por la semana en que ocurrieron.

La Organización Mundial de la Salud incluye en esta categoría las muertes que cumplen con lo siguiente:

- Casos para los que no se puede hacer un diagnóstico más específico incluso después de que se hayan investigado todos los hechos relacionados con el caso.
- Signos o síntomas existentes en el momento del encuentro inicial que resultaron ser transitorios y cuyas causas no se pudieron determinar.
- Diagnósticos provisionales en un paciente que no regresó para una mayor investigación o atención.
- Casos remitidos a otro lugar para investigación o tratamiento antes de que se hiciera el diagnóstico.

- Casos en los que no se dispuso de un diagnóstico más preciso por cualquier otro motivo.

- Ciertos síntomas, para los que se proporciona información complementaria, que representan por sí mismos problemas importantes en la atención médica.

Como puede ver en el gráfico anterior, el número de muertes debido a hallazgos clínicos anormales no clasificados en otra parte ha mantenido un promedio constante de poco más de 1000 por semana desde febrero de 2020, y también estaba en estos niveles antes de que la supuesta pandemia golpeara a los Estados Unidos.

Sin embargo, a finales de marzo, principios de abril de 2021, hubo un aumento repentino en el número de muertes anormales registradas por semana, subiendo repentinamente a 2000 por semana a mediados de abril, antes de aumentar a más de 7000 por semana a mediados de septiembre, lo que representa un aumento del 600% en el promedio observado cada semana antes del inicio del lanzamiento de la "vacunación" Covid-19.

La correlación no siempre es igual a la causalidad, pero las similitudes en el siguiente gráfico son ciertamente muy sospechosas.

El gráfico muestra el número acumulado de dosis de "vacunas" Covid-19 administradas en los Estados Unidos por semana junto con el número de muertes debido a síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales no clasificados en otra parte registrados por semana.

Como puede ver, el aumento pronunciado significativo y luego la ligera disminución en el número de "vacunas" y el número de muertes por abortos son extremadamente similares, lo que sugiere que las inyecciones experimentales de Covid-19 son la causa de un aumento del 600% en las muertes anormales.

Sabemos que las muertes no se deben a Covid-19, ya que se clasificarían así si lo fueran, y un aumento en las muertes anormales no siguió a la introducción del presunto virus SARS-CoV-2 en los Estados Unidos. Lo único que tienen en común millones de personas desde que las muertes anormales comenzaron a aumentar en comparación con el promedio esperado, es que a millones de personas se les ha administrado una inyección experimental, para la cual no hay datos de seguridad a largo plazo para saber cuáles serán las consecuencias de eso.

Los datos oficiales de los CDC sugieren que las consecuencias de una implementación de "vacunación" experimental masiva son un aumento sorprendentemente pronunciado en el número de muertes debido a causas anormales no identificadas, si no es una consecuencia, entonces es una gran coincidencia, pero entonces de nuevo, parece que vivimos en la "era de las coincidencias".

Para llegar a la verdad sobre el exceso de muertes, es importante hacer una distinción crítica definiendo dos clases de muertes:

Clase 1. Los efectos directos de una pandemia son dobles.

Se necesita mayor atención para evaluar la magnitud de las muertes por infección por Covid. Estos incluyen casos de avance que son infecciones por Covid a pesar de la "vacunación" completa. El otro impacto directo son las muertes por "vacunas" Covid.

Clase 2. La segunda clase es muy diferente. **Son impactos indirectos en la salud que resultan de acciones distintas a las acciones médicas directas destinadas a abordar la Covid**.

Éstas son las muchas muertes colaterales que **resultan de los controles de contagio severos utilizados por los gobiernos federales y estatales, especialmente los encierros, los mandatos de permanecer en el hogar, el acceso limitado a hospitales y médicos, el cierre de escuelas, la pérdida de empleos, las restricciones de viaje y los impactos generalizados en la libertad personal y médica**.

Estos muchos impactos indirectos causan un gran número de muertes en toda la población. **Son los daños colaterales provocados por las acciones autoritarias del gobierno pandémico, pero no las infecciones ni las "vacunas" Covid. Se hacen, supuestamente, en nombre de la salud pública. Son provocados por todos los sistemas de salud pública para hacer frente a la "pandemia"**.

Para ser claros, las muertes directamente asociadas con las infecciones por Covid cubren una variedad de situaciones. Las agencias gubernamentales informan muertes relacionadas con Covid. Esa palabra "relacionado" es muy importante, porque probar la causalidad ha resultado polémico. La mayoría de los médicos ven causalidad cuando las muertes ocurren poco después de los síntomas de COVID o de un resultado positivo de la prueba.

Hay razones por las que existen preocupaciones y críticas legítimas **sobre los datos oficiales de muerte de Covid. Todo se reduce a qué criterios se utilizan para declarar una muerte como causada por Covid o simplemente, de alguna manera, relacionada con la infección.**

Las agencias federales y estatales de los Estados Unidos, en su mayor parte, han sido muy liberales al declarar las muertes como Covid. Esto ha sido el resultado de incentivos financieros, motivaciones políticas (mantener el temor público y la aceptación de las acciones gubernamentales autoritarias) y la orientación procesal del gobierno.

En la última categoría se encuentran **las pautas de los CDC para los** certificados **de defunción emitidos en marzo de 2020 que reemplazaron una práctica utilizada durante los 17 años anteriores. Este cambio**

permitió a los médicos, examinadores médicos y forenses dar menos importancia a todo tipo de problemas de salud que contribuyan a una muerte y, si había alguna evidencia de infección por el virus Covid en las pruebas (antes o después de la muerte) o síntomas, declarar una muerte como debida a la Covid.

En otras palabras, **muchas personas, especialmente los ancianos, podrían haber muerto con Covid pero NO de Covid**. Es posible que hayan muerto por sus problemas médicos subyacentes y el sistema inmunológico debilitado más que por los efectos directamente asociados con la infección por Covid. Algunos mueren porque se les ha administrado el remdesivir, un fármaco aprobado, muy caro, que causa problemas agudos de hígado y riñón, y tiene una tasa de muerte de más del 25%. Sin embargo, sus muertes van a la columna de muertes de Covid.

Por otro lado, está la opinión de que algunas personas han muerto a causa de la infección por Covid, pero su muerte no ha sido declarada oficialmente como una muerte por Covid. Lo más probable es que hayan sido personas que murieron en casa sin atención médica. Es difícil creer que el número de muertes en esta clase pueda explicar un gran exceso de muertes. ¿Por qué? Porque las personas que mueren a causa de una supuesta infección por Covid, casi siempre experimentan síntomas graves a medida que pasan de la etapa uno de replicación viral a las etapas dos y tres cuando se atacan órganos vitales, especialmente problemas respiratorios. Por lo general, estos hacen que busquen atención médica, generalmente hospitalización, donde ocurren tantas muertes por Covid.

No debe descartarse la realidad de que muchas muertes por Covid se han adelantado a una serie de muertes que ocurren normalmente, como la gripe estacional y muchos tipos de accidentes en una población más móvil. Estos últimos están incluidos en los datos de muerte de Covid. No explican el exceso de muertes. En todo caso, reducen el exceso de muertes no relacionadas con la infección.

Al buscar la verdad sobre el exceso de muertes, es más importante reconocer los innumerables impactos indirectos de la pandemia, que no se informaron cuantitativamente, sobre la salud y la muerte de un gran número de personas que en realidad no tenían un riesgo significativo de infección por Covid.

Las muertes han resultado, por ejemplo, **de personas que no reciben la atención médica normal antes de la pandemia desde el tratamiento hasta la prevención y sufren de estrés mental extremo (a menudo empujando la adicción y el suicidio) causado por condiciones de vida anormales y condiciones económicas negativas**. A diferencia de las muertes pandémicas directas, apenas existe una tabulación útil de los impactos de las muertes pandémicas indirectas por parte de las agencias gubernamentales. **En nombre de la salud pública, las agencias gubernamentales han tenido un impacto dañino en la vida de casi todos los ciudadanos**.

Es importante centrarse en las muchas causas de muertes inducidas por las "vacunas" y muertes colaterales que no son el resultado de la infección viral. Ahora existen explicaciones médicas ampliamente reconocidas de las muertes inducidas por "vacunas", incluida una amplia gama de problemas sanguíneos graves.

Impactos indirectos en la salud

Un estudio de marzo de 2021 examinó cómo la pandemia causó impactos en la salud no infecciosos y dejó en claro que no se pueden ignorar.

"La pandemia de Covid-19 y los esfuerzos globales para contener su propagación, como los pedidos para quedarse en casa y los cortes de transporte, han **creado nuevas barreras para acceder a la atención médica, lo que ha dado lugar a cambios en la prestación y utilización de servicios a nivel mundial**".

"Se incluyeron ciento setenta estudios en el análisis final. Casi la mitad (46.5%) de los estudios incluidos se centraron en los resultados de salud cardiovascular. Las principales metodologías utilizadas fueron la analítica observacional y las encuestas. Los datos se obtuvieron de establecimientos de salud individuales, redes multicéntricas, registros regionales y sistemas nacionales de información de salud. La mayoría de los estudios se realizaron en países de ingresos altos y solo el 35.4% de los estudios representan países de ingresos bajos y medianos".

"**La utilización de la atención médica para afecciones distintas de Covid-19 ha disminuido casi universalmente, tanto en países de ingresos altos como bajos. El impacto de la pandemia en los resultados de salud no relacionados con Covid-19, en particular para las enfermedades crónicas, puede tardar años en manifestarse por completo y debería ser un tema de estudio en curso**".

Un artículo de noviembre de 2020, "pronosticó **más de 100 000 muertes en exceso debido a sobredosis de drogas, suicidio, alcoholismo, homicidio y depresión no tratada, todo como resultado no del virus sino de políticas de separación humana obligatoria, recesión económica, negocios y escuelas cierres, servicios médicos cerrados y depresión general que viene con la pérdida de libertad y elección". Lo que se reconoció es que "por muy malo que sea un virus, las políticas que arruinan el funcionamiento social normal causarán sufrimiento y muerte masivos y completamente innecesarios**".

Un artículo del New York Post hizo estas sabias observaciones:

"En lugar de mantener la calma y seguir adelante, la élite estadounidense burló las normas del gobierno, el periodismo, la libertad académica y, lo peor de todo, la ciencia. **Engañaron al público sobre los orígenes del virus y el verdadero riesgo que representaba**. Haciendo caso omiso de sus propios planes cuidadosamente preparados para una pandemia, reclamaron poderes sin precedentes para imponer estrategias no probadas, con terribles daños

colaterales. **Todavía no tenemos pruebas convincentes de que los cierres hayan salvado vidas, pero hay muchas pruebas de que ya han costado vidas y resultarán más mortíferos a largo plazo que el virus en sí**. Algunos científicos y expertos en salud pública se opusieron y señalaron que un bloqueo prolongado era una estrategia novedosa de efectividad desconocida". En abril de 2020, John Ioannidis.

El caso de la tuberculosis ha sido uno de los peores impactos colaterales en la salud de la pandemia. Esto fue documentado en una historia detallada. "La tuberculosis mató a aproximadamente 1.5 millones de personas en el primer año de la pandemia Covid-19, frente a 1.4 millones en 2019. Y los investigadores dicen que la culpa es de la Covid". Y todo indica que ha empeorado mucho en todo el mundo. "**La pandemia de Covid-19 ha revertido años de progreso y esfuerzos en la lucha contra la tuberculosis**", dijo la Dra. Tereza Kasaeva, directora del programa mundial de tuberculosis de la OMS. Kasaeva dijo que **los bloqueos de Covid, el acceso limitado a la atención médica y las preocupaciones de los pacientes sobre las visitas a las clínicas médicas hicieron que la tuberculosis fuera mucho más mortal durante la pandemia**".

Justin Hart, de Rational Ground, dijo en octubre de 2021 que "se estima que el 50% de las vacunas infantiles regulares se omitieron en la primavera de 2020. Puede hacer algunas matemáticas reales y me siento seguro al decir que más niños morirán por las vacunas omitidas en un año que los que murieron de Covid-19". Este es solo otro ejemplo del impacto colateral de la pandemia.

Otro estudio "encontró que Covid-19 fue citado en solo el 65% del exceso de muertes en las primeras semanas de la pandemia (marzo-abril de 2020); las muertes por causas distintas de Covid-19 (p. ej., enfermedad de Alzheimer, diabetes, enfermedades cardíacas) aumentaron drásticamente en 5 estados con la mayor cantidad de muertes por Covid-19".

La conclusión es que al examinar el exceso de muertes, es importante reconocer las muertes indirectas que resultan de las acciones de control de la pandemia por parte de los gobiernos.

En Europa, hasta el 06 de noviembre (70) (71), **tenemos 29 934 muertos y 2 804 900 eventos adversos reportados (50% graves)**. Desarrollado por "vacuna":

Eventos Adversos EudraVigilance	Moderna	Pfizer	AstraZeneca	Janssen	Total
Datos a 06 de noviembre de 2021	**Lesiones**				
Desórdenes linfáticos y de la sangre	7867	34 377	12 976	936	**56 156**
Desórdenes cardiacos	12 009	37 779	18 819	1746	**70 353**
Trastornos congénitos, familiares y genéticos	150	348	184	35	**717**

Eventos Adversos EudraVigilance	Moderna	Pfizer	AstraZeneca	Janssen	Total
Datos a 06 de noviembre de 2021	**Lesiones**				
Trastornos del oído y del laberinto	4533	17 188	12 521	964	**35 206**
Trastornos endocrinos	326	1129	583	59	**2097**
Desórdenes de la vista	5527	19 593	18 723	1290	**45 133**
Desórdenes gastrointestinales	31 082	107 066	101 828	8253	**248 229**
Desórdenes generales	101 013	324 554	280 708	25 729	**732 004**
Trastornos hepatobiliares	612	1433	929	118	**3092**
Trastornos del sistema inmunológico	3605	13 777	4646	416	**22 444**
Infecciones e infestaciones	13 769	49 517	31 579	3906	**98 771**
Lesiones, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos	7861	18 101	12 147	879	**38 988**
Investigaciones	6833	31 592	23 340	4611	**66 376**
Trastornos del metabolismo y la nutrición	3556	8709	12 279	591	**25 135**
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	45 788	159 698	158 583	14 470	**378 539**
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos)	496	1080	607	52	**2235**
Desórdenes del sistema nervioso	64 074	217 201	220 125	19 444	**520 844**
Embarazo, puerperio y afecciones perinatales	696	1753	504	38	**2991**
Ediciones del producto	71	200	183	25	**479**
Desórdenes psiquiátricos	6817	23 195	19 750	1324	**51 086**
Trastornos renales y urinarios	2171	4438	4004	383	**10 996**
Trastornos del aparato reproductor y de las mamas	7439	40 100	14 909	1928	**64 376**
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	16 508	54 682	37 574	3444	**112 208**
Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo	20 140	59 950	48 852	2962	**131 904**
Circunstancias sociales	1693	2583	1458	303	**6037**
Procedimientos médicos y quirúrgicos	1285	3002	1343	666	**6296**
Desórdenes vasculares	9321	33 455	26 406	3026	**72 208**
Muertes	**Moderna**	**Pfizer**	**AstraZeneca**	**Janssen**	**Total**
Datos a 06 de noviembre de 2021	**Fallecimientos**				
Desórdenes linfáticos y de la sangre	89	196	243	38	**566**
Desórdenes cardiacos	881	2050	676	152	**3759**
Trastornos congénitos, familiares y genéticos	5	31	7	0	**43**
Trastornos del oído y del laberinto	2	10	2	1	**15**
Trastornos endocrinos	3	5	4	1	**13**

Muertes	Moderna	Pfizer	AstraZeneca	Janssen	Total
Datos a 06 de noviembre de 2021	**Fallecimientos**				
Desórdenes de la vista	27	30	29	6	**92**
Desórdenes gastrointestinales	317	565	306	73	**1261**
Desórdenes generales	2904	3983	1426	469	**8782**
Trastornos hepatobiliares	36	74	57	11	**178**
Trastornos del sistema inmunológico	14	72	28	9	**123**
Infecciones e infestaciones	727	1517	399	137	**2780**
Lesiones, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos	152	217	172	18	**559**
Investigaciones	136	432	142	99	**809**
Trastornos del metabolismo y la nutrición	195	243	88	44	**570**
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	163	172	92	42	**469**
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos)	60	105	21	3	**189**
Desórdenes del sistema nervioso	802	1500	937	191	**3430**
Embarazo, puerperio y afecciones perinatales	7	50	10	1	**68**
Ediciones del producto	2	2	1	0	**5**
Desórdenes psiquiátricos	139	171	58	16	**384**
Trastornos renales y urinarios	158	221	57	21	**457**
Trastornos del aparato reproductor y de las mamas	7	5	2	6	**20**
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	872	1568	707	225	**3372**
Desórdenes de la piel y tejido subcutáneo	74	123	48	7	**252**
Circunstancias sociales	35	19	6	4	**64**
Procedimientos médicos y quirúrgicos	77	40	25	53	**195**
Desórdenes vasculares	312	601	430	136	**1479**

En el Reino Unido, hasta el 10 de noviembre (72) (73) **tenemos 1784 muertes y 1 268 568 eventos adversos reportados, de los cuales 1875 son de menores de 18 años.** 1424 casos de anafilaxis severa; Parálisis de Bell (se producen pero no hay datos); 451 trombocitopenia; 14 síndrome de extravasación capilar; 41 509 desórdenes de la menstruación o sangrado inesperado; 1245 miocarditis-pericarditis; reacciones cutáneas (se producen pero no hay datos, fundamentalmente con Moderna); 551 Síndrome de Guillain-Barré. La lista es más larga, se puede comprobar accediendo a las referencias (74) (75) (76) (77). **El número de muertes por las "vacunas" Covid en el Reino Unido en 6 meses, fue un 407% mayor que las muertes debidas a las otras vacunas juntas en los últimos 11 años** (78) (79). **Las reacciones adversas a las inyecciones de Covid-19 son 17.5 veces más altas que las reacciones adversas a todas las demás vacunas combinadas desde 2010**

(80) (81). **Las muertes por Covid-19 son 58 veces más altas que en esta época del año pasado y el 78% de media de los que murieron tenían la "vacuna" Covid-19 según datos de Salud Pública**. Los datos de la Oficina Oficial de Estadísticas Nacionales han revelado inadvertidamente que 35 924 **personas murieron dentro de los veintiún días de haber recibido la "vacuna" Covid-19 en Inglaterra durante los primeros 8 meses de 2021**.

El Departamento de Administración de Productos Terapéuticos para la Salud (TGA) es el regulador de medicamentos del Gobierno de Australia y, como parte del Departamento de Salud, la TGA regula la calidad, el suministro y la publicidad de medicamentos, dispositivos para patología, dispositivos médicos, productos sanguíneos y la mayoría de las demás terapias.

Una solicitud de libertad de información realizada por Doctors for Covid Ethics en febrero de 2021 reveló que la TGA nunca vio los datos del estudio extremadamente limitados para la "vacuna" Pfizer mRNA Covid-19 antes de otorgarle la aprobación de emergencia y considerar que es seguro inyectarla en los brazos de los australianos.

La TGA originalmente intentó suprimir la solicitud de FOI solicitando una extensión de 6 meses en vista de la cantidad de trabajo requerido para responder satisfactoriamente. Pero después de que se presentó una queja a la Oficina del Comisionado de Información, la TGA respondió confirmando que nunca habían visto o solicitado los datos del paciente de Pfizer y simplemente aceptaron el informe de Pfizer sobre su estudio como un hecho, a pesar de su historial comprobado de reclamos fraudulentos.

La admisión de la TGA de que nunca han visto los datos del ensayo sin procesar para el pinchazo de Pfizer antes de otorgarle la aprobación, y el escandaloso historial de reclamaciones fraudulentas y sobornos de Pfizer puede explicar por qué la TGA hasta ahora se ha negado a retirar las inyecciones Covid de la distribución al público a pesar de tener **tres veces más reacciones adversas, y nueve veces más muertes reportadas debido a las inyecciones durante un período de 7 meses que las que se han reportado para todas las demás vacunas disponibles combinadas desde el 1 de enero de 1971**.

La base de datos del gobierno australiano para reacciones adversas rastrea 78 vacunas diferentes durante los últimos 20 años, con un total de 47 muertes después de la vacunación durante los años 2000 a 2020. **En 2021, solo para las "vacunas" Covid-19, ya se han registrado un total de 524 muertes después de las inyecciones de Covid-19, más de 10 veces el total de los últimos 20 años**.

El Centro Nacional de Inmunización e Investigación (NCIRS) de Australia lidera actualmente una colaboración con el gobierno de Australia conocida como AusVaxSafety. El grupo ha estado llevando a cabo una vigilancia activa de las "vacunas" Covid-19 en uso en Australia para "garantizar su seguridad continua". Hasta el 16 de agosto de 2021, más de 1.4 millones de australianos habían participado en la vigilancia completando más de 2.4 millones de encuestas

de seguridad, describiendo su experiencia después de la “vacunación” Covid-19 y los resultados publicados muestran lo siguiente, por suero:

Pfizer

Después de la primera dosis de la “vacuna” Pfizer, 1 007 479 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la “vacuna”. Los resultados muestran que el 37.2% informó haber tenido una reacción adversa. El 0.5% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la “vacunación” debido a una reacción adversa. Esto equivale a 5037 personas. Mientras que el 6.7% de los participantes informaron que faltaron al trabajo, al estudio o a las tareas de rutina durante un período corto, lo que significa que 67 501 personas no pudieron realizar sus actividades diarias después de su primera dosis de la inyección de Pfizer ARNm Covid-19.

Después de la segunda dosis de la “vacuna” Pfizer, 770 864 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la “vacuna”. Los resultados muestran que el 56.4% informó haber tenido una reacción adversa, un aumento significativo en el porcentaje de personas que informaron haber tenido una reacción adversa después de recibir su primera dosis de la “vacuna” Pfizer. El 1.3% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la “vacunación” debido a una reacción adversa. Esto equivale a 10 021 personas, el doble del número de personas que informaron haber buscado atención médica después de recibir la primera dosis a pesar de que hubo 237 000 participantes menos en la encuesta de la segunda dosis. Sin embargo, un enorme 21.2% de los participantes no pudieron realizar las actividades diarias, es decir, 163 423 personas que informaron que faltaron al trabajo, al estudio o a las tareas de rutina.

AstraZeneca

Después de la primera dosis de la “vacuna” AstraZeneca, 429 723 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la inyección. Los resultados muestran que otro enorme 55.6% informó haber tenido una reacción adversa. El 1% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la “vacunación” debido a una reacción adversa. Esto equivale a 4297 personas. Mientras que el 17.6% de los participantes informaron faltar al trabajo, al estudio o a las tareas de rutina durante un período corto, lo que significa que 75 631 personas no pudieron realizar sus actividades diarias después de su primera dosis de la “vacuna” Covid-19 de AstraZeneca.

Después de la segunda dosis de AstraZeneca, 199 174 personas respondieron a un SMS/correo electrónico sobre su salud en los tres días posteriores a la “vacuna”. Los resultados muestran que el 26.4% informó haber tenido una reacción adversa, una disminución significativa en el porcentaje de personas que informaron haber tenido una reacción adversa después de recibir su primera dosis

de la “vacuna” AstraZeneca. El 0.5% de los participantes también informó haber visto a un médico o haber acudido al hospital en los tres días posteriores a la “vacunación” debido a una reacción adversa. Mientras que el 5.3% de los participantes informaron que faltaron al trabajo, al estudio o a las tareas de rutina durante un período corto, lo que significa que 10 556 personas no pudieron realizar sus actividades diarias después de su primera dosis.

Lo que es de destacar es que la “vacuna” AstraZeneca parece ser mucho más letal después de la primera dosis, mientras que la “vacuna” Pfizer parece ser mucho más letal después de la segunda dosis.

De una población de 6.7 millones de personas, el estado de Victoria tiene actualmente solo 158 personas en el hospital (0.002% de la población) que han dado positivo por Covid-19, y 45 de esas personas están en cuidados intensivos. Un número bajo de casos, hospitalizaciones y muertes que no justifican las restricciones actuales vigentes. Tampoco justifican el lanzamiento de un programa experimental de “vacunación” contra Covid-19 que está demostrando ser más dañino para los australianos que el propio Covid-19. Al menos el 39% de los australianos no han podido realizar sus actividades diarias después de recibir la “vacuna” Covid-19, mientras que de una población de más de 25 millones, solo 1102 personas han muerto con Covid-19 en Australia desde marzo de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2021. Eso es solo el 0.004% de la población.

Las estadísticas de mortalidad de la Oficina Australiana de Estadísticas (“ABS”) muestran que nunca hubo una pandemia.

Excepto por un breve período en 2020, del 29 de marzo al 12 de abril, el número de muertes por todas las causas rara vez se aventuró fuera del rango habitual alto-bajo durante los cinco años anteriores; cuando lo hicieron, el número fue en realidad más bajo que el promedio de los cinco años.

Luego, **en marzo de 2021 las muertes comenzaron a aumentar hasta que en abril superaron el pico de marzo / abril de la "pandemia de 2020". Dos meses antes de que las muertes de 2021 alcanzaran los niveles de “pandemia” de 2020, Australia había lanzado su campaña de inyección antiCovid**.

Habrá quienes afirmen que la llamada "pandemia de Covid" habría sido "peor" si los gobiernos no hubieran respondido como lo hicieron, sin restringir nuestros derechos y libertades. Pero **muchos estudios, científicos y médicos han refutado que cualquiera de las respuestas (como el cierre de negocios, cierre de escuelas, órdenes de "quedarse en casa", distanciamiento social, mascarillas, pruebas de PCR) para controlar "la propagación del virus" pudiera tener algún impacto positivo en cualquier virus que circule en una población**.

La brecha de 2021 y 2020 es notable por dos razones:

En primer lugar, durante 2020 dijeron que había una pandemia mundial. **Una pandemia debería causar entre 5 y 50 veces más muertes de lo habitual. Aunque debe tenerse en cuenta, el número de muertes durante 2020 fue marginalmente más alto (3.6%) que el promedio de los 5 años anteriores, pero ciertamente no se acercaron a los niveles de pandemia**, en pocas palabras, no hubo pandemia en Australia durante 2020.

En segundo lugar, en 2021 se lanzó una llamada "vacuna" anti-Covid. Dijeron que esta inyección evitaría enfermedades graves y la muerte, algunas "vacunas" afirman tener una eficacia de más del 90%. Sin embargo, durante los primeros seis meses de 2021, en comparación con 2020, hubo 2087 (3%) más muertes. **Más muertes en un año durante el cual hubo "vacunación" masiva que en el año de una pandemia mundial mortal**.

Si hubiera una pandemia **y las "vacunas" fueran "seguras y eficaces", esperaríamos que las estadísticas mostraran entre 5 y 50 veces menos muertes**. Basándonos en el total de 70 mil muertes de la "pandemia de 2020" de seis meses, esperaríamos, como conjetura conservadora, salvar una o doscientas mil vidas. El número real, ya sea la mitad, una, dos o tres veces las muertes habituales, se vuelve irrelevante ya que hay un promedio "prepandémico" de 67 mil muertes al año. No es posible tener muertes negativas y ningún gobierno o sus asesores podrían convencer a una persona cuerda de que un país podría tener cero muertes por todas las causas en un momento dado, incluso con una "vacuna" milagrosa.

El exceso de muertes de 2021 es lo suficientemente grande como para ser notable en el total de muertes por todas las causas semestrales. Mencionamos anteriormente que, en general, 2020 fue 3.6% más alto que el promedio de los cinco años anteriores y 2021 fue un 3% más alto que 2020. De ello se deduce que 2021 es 6.7% más alto que el promedio de cinco años de 2015-19. **Si alguna vez hubo una pandemia durante 2020, sus efectos se han duplicado en 2021**.

Los datos oficiales hechos públicos por el gobierno australiano muestran que a mediados de octubre de 2021, Australia había sufrido oficialmente más muertes debido a las "vacunas" Covid-19 que la enfermedad contra la que se suponía que debían protegerse.

Las estadísticas muestran que la primera inyección antiCovid-19 se administró en Australia el 21 de febrero de 2021. En este punto, Australia había registrado 909 supuestas muertes por Covid-19, un número que no había aumentado desde el 29 de diciembre de 2020, y no volvió a aumentar hasta el 13 de abril de 2021.

Una búsqueda en la Base de Datos de Notificaciones de Eventos Adversos alojada por el Departamento de Administración de Productos Terapéuticos de Salud (TGA) del Gobierno de Australia para las reacciones adversas debidas a las "vacunas" Covid-19 muestra que hasta el 14 de octubre de 2021 se habían notificado un total de 72 808 eventos adversos. Esto incluye 602 muertes.

Las estadísticas muestran que para la misma fecha, el 14 de octubre de 2021, Australia había registrado 1496 supuestas muertes por Covid-19. Lo que significa que se habían registrado 587 muertes por Covid-19 desde el 21 de febrero de 2021, cuando se administró la primera "vacuna" Covid-19 en Australia.

Esto significa que entre el 21 de febrero de 2021 y el 14 de octubre de 2021, quince personas más habían muerto debido a las "vacunas" Covid-19 de las que habían muerto por la supuesta enfermedad contra la que se supone que las "vacunas" protegen a las personas.

Pero lo que también es interesante observar a partir de los datos oficiales es que el reinicio repentino de las muertes por Covid-19 en Australia parece correlacionarse con la cantidad de segundas dosis de la "vacuna" Covid-19 administradas.

Sin embargo, ésta es probablemente otra coincidencia más para agregar a la larga lista de coincidencias que se han producido desde marzo de 2020.

El gobierno de Australia podría verse obligado a gastar decenas de millones en pagos después de recibir más de 10 000 reclamos de compensación de personas que sufrieron efectos secundarios debido a las "vacunas" contra la Covid-19. Si se aprueba cada reclamo, el gobierno podría enfrentar de entrada una factura de al menos 36.46 millones de dólares.

Bajo su esquema de indemnización sin culpa, los reclamantes elegibles pueden solicitar montos de compensación entre 3646 y 14 585 dólares estadounidenses para cubrir los costos médicos y los salarios perdidos como resultado de ser hospitalizados después de recibir la inyección. El portal en línea del esquema apenas está programado para ser lanzado el próximo mes.

Solo las personas que experimentaron una reacción adversa de moderada a significativa, que resultó en una estadía en el hospital de al menos una noche, son elegibles para la cobertura bajo el esquema del gobierno. Aquellos que buscan 20 000 dólares o menos deben proporcionar pruebas de que sus afirmaciones están relacionadas con la vacuna, aunque hasta el momento no ha habido información sobre exactamente qué evidencia sería aceptable.

Entre las reacciones adversas reportadas se encuentran el trastorno de la coagulación sanguínea "síndrome de trombosis con trombocitopenia (STT)" y las afecciones cardíacas de "miocarditis y pericarditis". Otros efectos secundarios aceptados son el síndrome de Guillain-Barré, una enfermedad neurológica poco común, y la trombocitopenia inmunitaria (sangrado excesivo debido a niveles bajos de plaquetas).

Un panel legal, supuestamente independiente de expertos legales, evaluará las reclamaciones por más de 20 000 dólares, incluidas aquellas de familiares por muertes relacionadas con la vacuna, y se deberá pagar una compensación de acuerdo con sus recomendaciones.

Un centro colaborador de la OMS dedicado a la monitorización de efectos secundarios de medicamentos en todo el mundo, ofrecidos por organismos oficiales, registra más de 2 200 000 casos provocados por las inoculaciones. Según Wikipedia, Uppsala Monitoring Centre (Centro de Monitoreo Upsala), es un centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud que se encarga del monitoreo internacional de drogas. UMC trabaja recopilando, evaluando y comunicando información de los centros nacionales de farmacovigilancia de los países miembros con respecto a los beneficios, daños, efectividad y riesgos de los medicamentos. Uppsala Monitoring Centre tiene en su web un apartado donde se recogen todos los reportes de efectos secundarios de cualquier medicamento, se llama 'VigiAccess'. Para buscar esos efectos secundarios no hay más que poner en el buscador el medicamento que se quiere monitorear. En este caso, buscamos las distintas marcas comerciales de las vacunas del coronavirus: Comirnaty (Pfizer), Spikevax (Moderna) y Vaxzevria (AstraZeneca).

Los datos encontrados son absolutamente demoledores. Los efectos secundarios registrados, recordemos que datos oficiales de los centros nacionales de farmacovigilancia de todos los países miembros, han registrado 2 201 851 casos de efectos secundarios registrados después de las inoculaciones. Datos aportados por gobiernos, esos que dicen que los beneficios son mayores que los riesgos. Observemos el porcentaje, con respecto a la suma total, de los efectos secundarios en los continentes en los que, digamos, hay países más desarrollados, como por ejemplo Europa:

- África: 60 014 casos, 3% sobre el total.
- América: 829 598 casos, 38% sobre el total.
- Asia: 136 272 casos, 6% sobre el total.
- Europa: 1 108 803 casos, 50% sobre el total.
- Oceanía: 67 164 casos, 3% sobre el total.

Las distribuciones por grupos de edad son las siguientes:

- 0-27 días: 301
- 28 días a 23 meses: 1327
- 2-11 años: 1580
- 12–17 años: 31540
- 18–44 años: 866 558
- 45–64 años: 691 374
- 65–74 años: 211 170

- ≥ 75 años: 142 135
- Desconocido: 255 866

Según las estadísticas de "Our World in Data" para Covid durante la temporada de gripe, combinadas con la cobertura de vacunación contra la gripe para la temporada de gripe 2019-2020, obtenemos una excelente visión de cuán letales son realmente las inyecciones de Covid. ***Las vacunas contra la gripe causaron 31 muertes, donde las "vacunas" Covid causaron 5408 muertes***. **Esa es una probabilidad de 1 en 31 000 personas de morir por una inyección antiCovid. Eso significa que el riesgo de morir a causa de una "vacuna" Covid es aproximadamente 175 veces mayor que el de recibir una vacuna contra la gripe multidosis.**

Luego, vemos **el mismo número de reacciones adversas de las vacunas contra la gripe que de las "vacunas" Covid, llegando a más de 167 000 eventos adversos, muchos de los cuales son muy graves y vienen con discapacidades a largo plazo, si no permanentes, y detrimento de la salud**. Debido a estas reveladoras tablas, los CDC han recurrido a clasificar las muertes inducidas por "vacunas" como "muertes no vacunadas", diciendo que los efectos de la "vacuna" necesitan dos semanas para surtir efecto.

Los CDC y la FDA afirman que podemos ignorar con seguridad el enorme aumento en las tasas de eventos informados al sistema VAERS este año (este es el sistema oficial de notificación de eventos adversos en el que confían la FDA y los CDC para detectar señales de seguridad). Afirman que la propensión a informar (PTR) es mucho mayor este año y que todos los eventos (con la excepción de unos pocos) son simplemente informes de eventos de fondo que no fueron causados por las "vacunas".

Solo hay un pequeño problema con esa explicación: **hay un documento de los CDC que prueba que están mintiendo**. A continuación, mostraré que incluso si creyéramos todo lo que dijeron, no puede explicar todas las muertes y los eventos adversos graves. **Los datos simplemente no se ajustan a su hipótesis**. En absoluto.

La realidad es que las "vacunas" son extremadamente peligrosas y deben detenerse de inmediato, no con luz verde como han hecho los organismos reguladores. Todos los mandatos de "vacunas" deben rescindirse. Matan **muchas más personas de las que teóricamente salvan.**

Hay un artículo escrito por cinco autores de los CDC: "La sensibilidad de los informes del Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) para la anafilaxia y el síndrome de Guillain-Barré", que se publicó hace un año en la literatura científica revisada por pares.

El documento afirma que los eventos adversos graves en el pasado han sido reportados como máximo por un factor de 8.3 (conocido como el factor de reporte insuficiente (URF)).

Esto significa que en el mejor escenario posible, donde hay informes completos (es decir, donde el URF = 1 y el PTR, definido como el URF promedio / URF actual, es 8.3), una tasa de notificación de eventos adversos graves es 8.3X mayor que la tasa de notificación anterior para ese síntoma podría ignorarse con seguridad simplemente debido a una mayor propensión a informar la tasa de eventos de fondo que ocurren naturalmente.

Si bien, en teoría, podría tener un URF <1, esto es poco probable, ya que el HHS verifica todos los registros antes de que se incluyan en la base de datos y elimina los duplicados. Hay errores que suceden pero son menores. Entonces, el URF mínimo sería 1 y sería casi imposible de lograr desde un punto de vista práctico.

Aquí está el problema. Este año, con las "vacunas" Covid, hay una gran cantidad de eventos adversos graves que se informan a una tasa que es más de 8.3 veces más alta que en años anteriores. De hecho, casi todos los eventos graves que se han investigado se elevaron con respecto a años anteriores en significativamente más que esto.

El evento adverso grave más sorprendente es de la embolia pulmonar (EP). El número promedio anual de informes de EP por año en VAERS para todas las vacunas fue 1.4. Así que esperaríamos ver como máximo 11.6 eventos de EP este año según el sistema de creencias de la FDA y los CDC. Bueno, un pequeño problema: con las "vacunas" Covid, hubo 1131 informes, casi un aumento de 100 veces en el escenario del "mejor de los casos".

El aumento de informes no se debe a un aumento de las tasas de vacunación, como explicaron en este artículo que muestra un historial tasas de vacunación entre varios grupos de edad.

En otras palabras, incluso si compra totalmente el argumento de la FDA y los CDC (que nunca justificaron con análisis o datos) de que el URF = 1 este año, todavía significa que el 99% de los informes de embolia pulmonar (EP) son inexplicables. Deben ser causados por "algo" y ese algo tiene que ser muy grande y tiene que estar correlacionado con la administración de la "vacuna" porque la tasa de notificación de EP se correlacionó con la administración de la "vacuna".

Si estos eventos de EP no fueron causados por la "vacuna", ¿qué los causó? Nadie puede explicar eso. Nadie intenta ni siquiera explicarlo. Nadie quiere ni siquiera hablar de eso.

Si usamos la misma metodología utilizada por los CDC en su documento para determinar el factor de subregistro real para este año, pero usamos una referencia mucho más precisa, encontramos que **la mejor estimación para el URF mínimo es 41**. Para eventos menos graves, usaría un número más alto, ya que es mucho menos probable que los trabajadores de la salud y los consumidores informen eventos menos graves. Por lo tanto, usar 41 es siempre "seguro" en el sentido de que no sobrestimará ningún evento.

El propio estudio de Fase 3 de Pfizer mostró que **se evita solo 1 muerte por Covid por cada 22 000 personas que "vacunamos"** (ver la Tabla S4 en el suplemento para saber que 2 personas murieron por Covid que no estaban "vacunadas" y 1 persona murió por Covid que recibió el "vacuna", por lo que se salvó solo 1 vida).

Se ha "vacunado" completamente casi 220 millones de estadounidenses, lo que significa que podemos salvar aproximadamente 10 000 vidas de Covid según el estudio de Pfizer, que es la información más definitiva que tenemos (ya que los "científicos reales" SOLO confían en los datos de los ensayos controlados aleatorios doble ciego). Sin embargo, los datos de VAERS muestran que más de 150 000 estadounidenses han fallecido con la "vacuna" para lograr ese objetivo.

En otras palabras, **las "vacunas" matan a 15 personas por cada vida Covid que pudiera salvar.** Aunque realmente, es peor que eso porque el estudio de Pfizer se realizó antes de la supuesta variante Delta. La "vacuna" de Pfizer fue desarrollada para la variante Alpha, que supuestamente, es menos "peligrosa" que la Delta. Entonces, las cifras son aún más extremas.

Cuando aplicamos el URF adecuado a los datos de miocarditis, encontramos que la miocarditis pasa de un evento "raro" a un evento común. Usando datos de los CDC y aplicando el URF correcto, para niños de 16 años, la tasa de miocarditis es 1 en 317.

Además, en cuanto a eso que nos venden de que si produce, la miocarditis es "leve", según los cardiólogos como el Dr. Peter McCullough, **no existe la miocarditis leve**. Siempre que tienes un evento que lleva a un adolescente al hospital, eso es problemático. De hecho, los niveles de troponina pueden llegar a niveles extremos y permanecer elevados durante meses. La troponina es un marcador de daño cardíaco. A diferencia de un ataque cardíaco, los niveles son mucho más altos y permanecen elevados durante mucho más tiempo. **El daño que se produce suele ser permanente y puede provocar la muerte en 5 años**.

No son solo unos pocos síntomas los que se elevan. Hay miles de ellos. **Si no lo matan, puede quedar discapacitado de por vida, incluso después de usar los medicamentos adecuados para librarse de los efectos dañinos de las "vacunas"**.

Según las estadísticas de mortalidad por todas las causas ajustadas por el crecimiento de la población, el número de estadounidenses que han muerto entre enero de 2021 y agosto de 2021 es un 14% más alto que el de 2018, el año anterior a Covid con la mortalidad por todas las causas más alta y un 16% más alto que la tasa de mortalidad promedio entre 2015 y 2019.

En una serie de dos partes, Matthew Crawford del Rounding the Earth Newsletter, examinó las estadísticas de mortalidad antes y después del lanzamiento de las inyecciones de Covid. **La** "vacuna" **Covid mató a unas 1018 personas por**

cada millón de dosis administradas durante los primeros 30 días de la campaña europea de "vacunación".

Al contar solo las muertes categorizadas como muertes por Covid-19, **se estima que el número de muertes por las inyecciones es de entre 200 y 500 muertes por millón de dosis administradas**. Con 4 mil millones de dosis administradas en todo el mundo, eso significa que ***de 800 000 a 2 millones de las llamadas "muertes por Covid-19" pueden ser de hecho muertes inducidas por "vacunas"***.

Crawford continúa analizando datos de países que tienen una absorción sustancial de "vacunas" y, al mismo tiempo, tienen tasas muy bajas de Covid-19. De esta manera, puede tener una mejor idea de si las inyecciones antiCovid podrían ser responsables del exceso de muertes, a diferencia de la infección en sí.

Identificó 23 países que se ajustan a este criterio, lo que representa 1880 millones de personas, aproximadamente una cuarta parte de la población mundial. Antes de que se implementaran las inyecciones de Covid, estas naciones informaron un total de 103.2 muertes relacionadas con Covid por millón de residentes. Cinco naciones tuvieron más de 200 muertes por Covid por millón, mientras que siete tuvieron menos de 10 muertes por millón.

Al 1 de agosto de 2021, el 25.35% de los habitantes de estas 23 naciones habían recibido una inyección de Covid y el 10.36% se consideró completamente "vacunado". En total, se habían administrado 673 millones de dosis. Con base en estos datos, Crawford estima que **la tasa de mortalidad en exceso por millón de dosis de "vacuna" es 411, muy dentro de la ventana del rango de 200 a 500 que calculó.**

Igualmente intrigante es el hallazgo de que **la cantidad de casos nuevos de Covid (es decir, pruebas positivas) después del inicio de la campaña de inyecciones de "vacunas" es 3.8 veces mayor que antes del lanzamiento de las inyecciones, y la tasa diaria de muerte por Covid es 3.82 veces mayor.**

Marruecos y Arabia Saudita fueron los únicos dos países en los que la tasa de casos y las tasas de mortalidad por Covid disminuyeron después de que comenzó la campaña de vacunación. "Si las muertes se escalaron en 3.82 debido a las vacunas, entonces hubo un exceso de 276 465 muertes durante este período de tiempo", escribe Crawford.

Realiza una serie de ajustes para eliminar los valores atípicos que podrían sesgar los conjuntos de datos. Después de eliminar a las naciones con más de 100 muertes por Covid por millón antes de su programa de "vacunación" (para evaluar el impacto de las inyecciones solamente), se le ocurrieron 13 países con una población combinada de 354 millones.

El número de dosis administradas en estos 13 países es similar al de la cohorte original. El número ajustado de muertes en exceso por millón es ahora de 318, que todavía está dentro del rango de 200 a 500 por millón.

Sin embargo, sorprendentemente, **el número de muertes por Covid en estos 13 países es 11.61 veces mayor después de la "vacunación", en comparación con antes de que se implementaran los pinchazos. ¡En cinco de los 13 países, un enorme 90% de sus muertes por Covid-19 se han registrado después de que comenzaron sus campañas de "vacunación"! Esto borra cualquier fantasía de que las inyecciones de realmente estén ayudando**.

"A primera vista, estos resultados refuerzan el caso de que las vacunas experimentales están matando gente", escribe Crawford. "Por lo menos, esta es una señal más dramática [de falta de] seguridad que debería impulsar a las autoridades que se preocupan por nuestra salud a venir a la mesa para discutir cómo refinar los datos que no están analizando que nadie sepa.

"Más preocupante es que muchas de estas naciones, ubicadas principalmente en Asia, parecían no tener ninguna susceptibilidad a la pandemia antes de la 'vacunación'".

"Mientras tanto, las autoridades sanitarias todavía parecen no tener problemas con la falta de informes de riesgos o análisis de riesgos y beneficios realizados por cualquiera de los fabricantes de 'vacunas' o cualquier otra persona. Esto me parece una de las peores señales en mi vida de que las corporaciones se hayan apoderado del gobierno en un nivel esencialmente completo".

En el caso de Estados Unidos, **hay que destacar que de las muertes reportadas en VAERS, el 67% de ellas, ocurren dentro de los 21 días siguientes a la "vacunación"** (82). Según el Dr. McCullough, dos informes detallan datos de muertes por la "vacuna" antiCovid, los cuales demuestran que **el 50 % de las muertes ocurren dentro de las primeras 24 horas y el 80 % ocurren dentro de la primera semana**. Excluyendo los "informes extranjeros" presentados en el VAERS, hasta el 24 de septiembre, se informaron 654 413 eventos adversos, incluidas 8664 muertes y 54 962 lesiones graves**. De las 8664 muertes reportadas, 875 ocurrieron dentro de las 24 horas posteriores a la "vacunación"** (83)**, 1262 ocurrieron dentro de las 48 horas posteriores a la "vacunación"** (84) **y 2258 ocurrieron en personas que experimentaron un inicio de los síntomas dentro de las 48 horas posteriores a la "vacunación"** (85). Esto nos da una idea de la rapidez con la que causan el daño y, analizando el conjunto de todos los datos; de la poca seguridad con la que cuentan estos sueros experimentales ((86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160)).

Por otro lado, El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos dice que tiene más de 30 000 reportes espontáneos de hospitalizaciones o muertes entre las personas que ya tienen su esquema de "vacunación" completo. Además, los datos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid demuestran que 300 000 beneficiarios "vacunados" han ingresado al hospital con infecciones graves y el 60 % de las personas mayores de 65 años hospitalizadas por Covid-19 ya se "vacunaron". ***Se cumplen los criterios de* Bradford Hill*: las "vacunas" antiCovid provocan la muerte*.** El criterio de causalidad de Bradford Hill, es una de las formas en que podemos determinar en realidad que las "vacunas" matan a las personas. No se trata de coincidencias:

"La primera pregunta que nos haríamos es: "¿La 'vacuna' tiene algún mecanismo de acción, un mecanismo de acción biológico, que realmente pueda matar a un ser humano?' ¡Y la respuesta es sí! Porque todas las "vacunas" utilizan mecanismos genéticos para engañar al cuerpo para que produzca la proteína Spike letal del virus.

Es muy posible que algunas personas absorban demasiado ARN mensajero; producen una proteína Spike letal en órganos sensibles como el cerebro o el corazón o en cualquier otro lugar. La proteína Spike daña los vasos sanguíneos, los órganos y además provoca coágulos de sangre. Por lo tanto, está dentro del mecanismo de acción que la "vacuna" pueda ser fatal.

Alguien podría tener un coágulo de sangre muy peligroso. Podrían tener miocarditis fatal. La FDA tiene advertencias oficiales de miocarditis. Tienen advertencias de coágulos de sangre. Tienen advertencias de una afección neurológica fatal llamada síndrome de Guillain-Barré. Entonces, las advertencias de la FDA y el mecanismo de acción dicen que es posible.

El segundo criterio es: "¿Es un efecto significante?" ¡Y la respuesta es sí! Esto no es algo sutil. No son 151 en comparación con 149 muertes. Son miles de muertes. Entonces, es un efecto muy grande.

El tercer criterio es: "¿Existe consistencia interna?" "¿Ve cosas que podrían ser fatales en el VAERS?" ¡Sí! Vemos ataques cardíacos. Derrames cerebrales. Miocarditis. Vemos coágulos de sangre. Entonces, sí existe consistencia interna.

¿Existe consistencia externa?' Ese es el siguiente criterio. Bueno, si analiza el MHRA, el sistema de tarjetas amarillas en Inglaterra, se encontró justo lo mismo. En el sistema EudraVigilance en [Europa] se encontró lo mismo.

Entonces, cumplimos con todos los criterios de Bradford Hill. Podemos afirmar que ***la "vacuna" antiCovid-19, desde una perspectiva epidemiológica, causa estas muertes o una gran fracción***.

Los propios datos del gobierno revelan que al menos hay 150 000 muertos en Estados Unidos después de las "vacunas" Covid-19. El análisis de la base de datos del Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS) se puede

utilizar para estimar el número de muertes en exceso causadas por las "vacunas" Covid. Un análisis simple muestra que **es probable que más de 150 000 estadounidenses hayan muerto por las "vacunas" Covid actuales** a 28 de agosto de 2021. La Dra. Jessica Rose, hizo un análisis independiente de un solo evento VAERS, uno que la FDA y los CDC admitieron que fue una reacción adversa basada en ensayos (anafilaxia) antes de que se autorizaran las inyecciones y luego analizó estudios independientes que informaron de la tasa de anafilaxia para determinar el porcentaje real, en comparación con lo que realmente se informa en VAERS. Lo que encontró fue que la anafilaxia estaba siendo reportada por 41X en VAERS. Tomando esa variable y luego aplicándola a otros eventos, como la muerte, llegó a la cifra de 150 000 muertos.

Para que entendamos la gravedad y a modo de ejemplo, hasta el 10 de septiembre se han registrado en VAERS 1614 muertes fetales después de inyecciones de "vacunas" Covid-19 a mujeres embarazadas. Si utilizamos la fórmula de la doctora Rose, significaría que una estimación conservadora del número real de muertes fetales sería de 66 174 cuando a sus madres se les inyecta el suero antiCovid-19. Además de las muertes fetales, también sabemos que hay 96 casos registrados en los que un niño amamantado resultó dañado después de que la madre lactante recibiera la inyección. Nuevamente, si multiplicamos ese número por 41X, una estimación conservadora sería aproximadamente 3936 eventos adversos en los bebés que son amamantados cuando se inyecta a sus madres.

La Dra. Jessica Rose ha realizado otra presentación basada en su análisis de los datos del VAERS de los CDC y la FDA, en este caso ante el Consejo Mundial de Salud, y su análisis de los datos en VAERS reveló que en 2021 hubo **un aumento del 5427% en las muertes después de las inyecciones de Covid-19 y un aumento del 1373% en las reacciones adversas después de las "vacunas" en comparación con todas las demás vacunas administradas durante los últimos 10 años.**

Otra estadística increíble que encontró fue que aproximadamente una de cada 324 personas que recibieron una inyección antiCovid-19 informó un evento adverso.

Además de las pruebas bibliográficas, hay otras muchas que también muestran cuál es la auténtica realidad de las "vacunas". Por ejemplo, reportes de los eventos adversos que encontramos en redes o en publicaciones divulgativas (161) (162); o vídeos explicativos como el siguiente, basado en datos oficiales (163) (enlace alternativo 164) o como estos otros: (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232); o audios informativos de diferente naturaleza (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241); o testimonios de profesionales como los biólogos: Dña. Almudena

Zaragoza, la Dra. Christina Parks y D. Fernando López Mirones (242) (243) (244) (245) (246) (247), o de diferentes médicos con diferentes especialidades:

Dr. Robert Malone (inventor de las vacunas con soporte de ARNm) (248); Dr. Peter McCullough (249) (250) (251) (252); distintos profesionales recogidos en un vídeo de AFLDS (America's Frontline Doctors) (253) (entre ellos el Dr. Cole, patólogo independiente (254)); Dr. Laurent Mucchielli, director de investigación del Centro Nacional francés para la Investigación Científica (CNRS) (255); Dr. Byram Bridle (256) (257) (258); Dra. Anna Goodwin (259); Dra. Cindy de Villiers (260); Dr. Michael Yeadon (ex vicepresidente y director científico de Pfizer) (261) (262); Dr. Josh Guetzkow (263) (264); Dr. Vladimir Zalenko (265) (266) (267) (1) (1); Dr. Trinidad Castillero (ex-Ministro de Salud de Panamá) (268); Dra. Shelley Cole (269); Dra. Karina Acevedo-Whitehouse (270); Dra. Simone Gold (271) (272) (273) (274); Dra. Carrie Madej (275) (276); Dra. Jessica Rose (277) (278) (279); Dra. Martínez Albarracín (280) (281); Dra. Judy Mikovitz y Dr. Joseph Mercola (282); Dra. Sherri Tenpenny (283) (284); Dra. Dolores Cahill (285) (286); Dr. Roger Hodkinson (287) (288); Dra. Stephanie Seneff y Dr. Joseph Mercola (289); Dr. Tom Cowan (290) (291); 5 doctores (Dra. Chistine Northrup, Dra. Carrie Madej, Dra. Lee Merritt, Dra. Sherri Tenpenny y Dr. Larry) (292); Dra. Chistine Northrup (293) (294); Dra. Lee Merritt (295) (296) (297) (298); Dr. Steve Hotze (299) (300); Dra. Roxana Bruno (301) (302) (303); Dra. Chinda Brandolino (304); Dra. Natalia Prego (305); Dr. Geert Vanden Bossche (306) (307); Dra. Jane Ruby (308) (309) (310) (311); Dr. Sucharit Bhakdi (312); Dr. Ben Edwards (313); Dra. Jane Lindsay (314); Dr. David Martin (315); Dr. Charles Hoffe (316) (317) (318); Dr. Chris Shaw (319); Dra. Viviane Brunet (320); Dr. Alain Tortosa (321); Dra. Judy Mikovitz y Dr. Robert O. Young (322); Dr. Andrew Kaufman (323); Dra. Carrie Madej y Dr. Andrew Kaufman (324); Dra. Nadya Popel (325); Dr. Antonio Alarcos (326) (327) (328) (329); Dr. Richard Fleming (330) (331); Dra. Stella Immanuelle (332); Dr. Bryan Ardis (333); Dra. Karladine Graves (334); Dr. Vernon Coleman (335) (336); Dr. Ben Edwards (337); Dra. Angelina Farella (338): Dr. Roy Martina (339); Dr. Ryan (340); Dr. Mark Trozzi (341); Dra. Janci Chunn Lindsay (342); Dr. Pierre Kory (343); Dr. Peter Breggin (344); Dr. Andrew Wakefield (345); Kate Shemirani y Dr. Kevin Corbett (346); Dr. Joel S. Hirschhorn (347); Dr. Steven Pelech, Dr. Paul Alexander, Dra. Keren Epstein-Gilboa, Dr. Mark Trozzi, Dr. Stephan Malthouse (348); Dr. Barre Lando (349); Dr. David Bauer (350); Dr. Dan Stock (351); Dr. Marcelo Martínez (352); Dr. Ruiz Valdepeñas (353) (enlace alternativo 354); Dr. Luis Miguel Benito (355); Dr. Wolfang Wodarg y Dr. Stefan Hockertz (356); Prof. Luc Montagnier and Dr. Wolfgang Wodarg (357); Dr. Russell Blaylock (358); Dra. Tess Lawrie; Dr. José Trasancos; Dr. Richard Urso; Dra Anne McCloskey; Dra. Patricia Callisperis; Dr. Bryan Tyson; Dra. Amandha Vollmer; Dr. Scott Atlas; Dr. Michael Segal; Dr. Paul Oosterhuis; Dr. Richard Amerling; Dr. Eric Nepute; Dr. Irá Bernstein; Dr. John Cunnington; Dra. Montañés; Dra. Deborah Conrad; Dra. Astrid Stuckelberger; Dra. Judy Wilyman; Dra. Elizabeth Eads; Dr. Daniel Nagase; médicos que cuentan las experiencias que viven con los eventos adversos de las "vacunas" y otros aspectos relacionados con su seguridad (359) (360) (361), o en general hablando sobre el virus y las "vacunas" (362) (363) (364) (365) o hablando de todo lo que envuelve el mundo Covid, como sucede en una **declaración** firmada **por más de** 12 000 **médicos y científicos**:

Entre los primeros signatarios de la Declaración de Roma, que vienen de todo el mundo, se encuentran: el Dr. Geert Vanden Bossche (EE. UU.), El Dr. Ira Bernstein (Canadá), el Dr. Pierre Kory (EE. UU.), El Dr. Eivind H. Vinjevoll (Noruega), el Dr. Olufemi Emmanuel Babalola (Nigeria), el Dr. Richard Urso (EE. UU.), así como el Dr. Peter McCullough (EE. UU.).

"Ha habido un asalto intencional y sin precedentes a nuestra capacidad para cuidar a nuestros pacientes. Los médicos y todos los proveedores de atención médica deben tener la libertad de practicar el arte y la ciencia de la medicina sin temor a represalias, censura, difamación y acción disciplinaria para incluir la posible pérdida de licencias y privilegios hospitalarios, pérdida de contratos de seguro e interferencia del gobierno, entidades y organizaciones, todo lo cual nos impide atender a pacientes necesitados". Establece que los científicos del mundo, expertos en investigación biomédica, deben "insistir en su capacidad para realizar y publicar investigaciones objetivas y empíricas sin temor a represalias sobre sus carreras, reputación y medios de vida".

Veamos un caso real de eventos adversos, especial, porque se produjo en una doctora y porque decidió hacerlo público. Danice Hertz de 64 años que se encuentra "**terriblemente enferma" e "incapacitada" después de recibir la 'vacuna contra el Covid de Pfizer'**, afirma que las agencias de salud de EE.UU están ignorando miles de eventos adversos. En una entrevista exclusiva con The Defender, **Hertz dijo que si pudiera retroceder en el tiempo, no se habría "vacunado"**. Comentó que **hay miles de personas como ella, que han resultado afectadas por las "vacunas" contra la Covid que están sufriendo** y necesitan ayuda, pero son ignoradas por los principales medios de comunicación y las agencias de salud de Estados Unidos, mientras tanto, los mandatos de la "vacuna" Covid se están implementando para millones de estadounidenses, sin apenas tener una discusión sobre los riesgos. En 24 horas desarrolló síntomas neurológicos, incluyendo parestesias severas en su cara, lengua, cuero cabelludo, pared torácica y extremidades, así como temblores, espasmos, debilidad, dolores de cabeza, tinnitus y desequilibrio.

"Mi presión arterial era de 186 sobre 127, lo que descubrí que es característico de estas reacciones. Sentía como si todo mi rostro estuviera ardiendo, como si me hubieran vertido ácido en la cara. Tenía sensaciones en todo mi cuerpo como si estuviera vibrando. Sentí que tenía una banda apretada alrededor de mi cintura, dolor en el pecho y dificultad para respirar, y me fui a la cama durante siete días". El caso de Hertz fue aceptado en el Proyecto CISA y se presentó en las grandes rondas de los CDC el 23 de marzo. Después de la reunión, un médico envió una carta a Hertz sugiriendo que tenía un "trastorno de mastocitos".

El síndrome de activación de los mastocitos (o trastorno de los mastocitos) es una afección en la que un paciente experimenta episodios repetidos de los síntomas de la anafilaxia: síntomas alérgicos como urticaria, hinchazón, presión arterial baja, dificultad para respirar y diarrea intensa. La mastocitosis sistémica puede provocar lesiones cutáneas, dolor en los órganos internos, dolor de huesos, diarrea y vómitos, pérdida de peso y síntomas cardiovasculares.

Hertz dijo que, como doctora, está a favor de las vacunas, pero también está a favor del "consentimiento informado", y eso siempre se lo ha dado a sus pacientes. "La gente debe de recibir información precisa y completa sobre los riesgos y la capacidad de tomar una decisión. Hacer esa elección por ellos está mal".

Una médico de California llamada Patricia Lee que trabaja en la UCI y que, a pesar de que ella misma reconoce estar inoculada, dice en sus cartas que: "ya no puedo aguantar mantenerme en silencio ante el grave daño que provocan las inoculaciones". En su carta, Lee describe que lo que está viendo en su trabajo es a "personas completamente sanas que sufren lesiones graves, a menudo fatales". Cuenta, además, los principales efectos con los que se está encontrando al ver pacientes con "**mielitis transversa, que resulta en cuadriplejía, neumonía por Pneumocystis, fallo orgánico multisistémico, trombosis del seno venoso cerebral, choque hemorrágico posparto y choque séptico, y viremia (un término que describe la presencia de virus en la sangre) diseminada por CMV y CMV"**.

En las cartas, enviadas a la FDA y a los CDC el pasado día 28 de septiembre, explica **haber observado más lesiones relacionadas con la vacuna de los que ella ha podido ver en los últimos 20 años**. Además denuncia que en su "experiencia personal este año al tratar a pacientes en una UCI no concuerda con las afirmaciones hechas por las autoridades de salud federales con respecto a la seguridad de las vacunas".

Y concluye diciendo que es "su conciencia la que le obliga a denunciar estos hechos".

Veamos un caso que demuestra hasta qué punto el discurso oficial carece de base científica que lo justifique:

El periódico ABC, difunde un artículo el 24 de septiembre de 2021, en el que señala que la Covid-19 puede activar autoataques del sistema inmune, o sea, producir enfermedades autoinmunes.

En la publicación se recomienda "vacunarse" de Covid 19 para evitar estas enfermedades. **Esto es totalmente contraproducente, sobre todo en personas con enfermedades autoinmunes, ya que está demostrada la posibilidad de desarrollo y/o agravamiento de las Enfermedades auto-inmunes por la inoculación de las "vacunas" Covid 19. Fue expuesto en un** estudio **de investigación**, que fue **revisado por pares** y que se publicó el 19 de enero de 2021, en la prestigiosa revista científica "Frontiers in Immunology", una de las más importantes del mundo en el área de la inmunología, realizado por investigadores de la Universidad de Los Ángeles, de la Facultad de Loma y del Hospital General de Massachusset en los Estados Unidos.

Por existir Reactividad Inmunitaria Cruzada, al demostrar homología de secuencia de aminoácidos entre el patógeno y las proteínas del tejido propio, en concreto se encontró homología con 28 localizaciones tisulares, entre ellas gastro-intestinal y

tiroides. Este proceso también explicaría el desarrollo de Coagulación Intravascular Diseminada (CDI) en la enfermedad Covid-19 ya que forma parte de las manifestaciones clínicas que no se explican únicamente por la unión entre proteína S Y receptor ACE2.

"Una vacuna insuficientemente probada podría significar un ataque auto-inmune en el futuro".

23andME, una empresa privada que analiza el ADN de las personas utilizó la información de 100 000 participantes y determinó que la segunda dosis de la "vacuna" de Moderna es la que causa el mayor número de reacciones. Para el estudio, los participantes respondieron tres preguntas. De todas las personas que respondieron, el 44 % dijo que se había puesto la "vacuna" de Pfizer y el 38 % la "vacuna" de Moderna. Casi la mitad dijo que no había tenido ningún tipo de reacción, mientras que el 40 % sintió molestias leves y el 10 % se sintió muy mal. Otros hallazgos incluyen: La mayoría de las personas reportaron síntomas con la segunda dosis de la "vacuna" de Moderna (85%). La "vacuna" de Moderna también tuvo la mayor cantidad de personas que se sintieron mal o muy mal. El 9 % de las personas que su pusieron la vacuna de Pfizer se sintieron mal o muy mal. Las personas que ya habían tenido Covid y se "vacunaron", tuvieron una probabilidad 30 % mayor de sufrir eventos adversos o de sentirse mal o muy mal.

Se ha analizado las sangre de "vacunados: la Dra. Jane Ruby afirma que los resultados encontrados son horribles, lo cual es confirmado por médicos franceses y por médicos y abogados alemanes. A principios de julio, el Dr. Philippe van Welbergen, Director Médico de Clínicas Biomédicas, fue entrevistado en un canal comunitario de Sudáfrica. Explicó que cuando sus pacientes comenzaron a quejarse de fatiga crónica, mareos, problemas de memoria, incluso a veces parálisis y aparición tardía de menstruación abundante (mujeres de 60 años o más), tomó muestras de sangre. **Su sangre tenía estructuras inusuales en forma de tubo, algunas partículas que se iluminaban y muchas células dañadas**. Fueron visibles pocas células sanas. Hasta tres meses antes, nunca había visto estas formaciones en sangre. En una conferencia médica en los Países Bajos, descubrió que se estaba discutiendo sobre sangre similar; algunas muestras de sangre incluso mostraron glóbulos rojos y azules, que no eran materia orgánica. "Al unir los puntos, descubrimos que **todos habían recibido la 'vacuna' de Covid**", dijo el Dr. van Welbergen.

La Dra. Zandre Botha de Sudáfrica, una analista certificada de sangre viva y seca desde hace 15 años, apareció en el programa de Stew Peters para discutir sus imágenes recientes relacionadas con la no "vacuna" Covid. Botha estudió tanto el el suero como la sangre de pacientes "vacunados" Covid. Usó viales de Janssen en su análisis. Botha confirmó que **los resultados fueron muy inquietantes y que nunca había visto algo así en sus 15 años de análisis de microscopía de sangre**. Ella enfatiza varias veces en la entrevista que no es una experta, sin embargo, ha estado mirando sangre y muestras bajo microscopios durante una década y media.

Cuando analizó la sangre de sus pacientes "vacunados", vio ejemplos horribles de rouleau (el apilamiento y agrupamiento de glóbulos rojos en columnas). El Dr. Young habló sobre rouleau (y el efecto corona) en 2020 al comienzo de esta estafa. También descubrió una extraña sustancia / estructura negra entre los glóbulos rojos. En particular, **la Dra. Botha encontró esto en todos los pacientes "vacunados" con síntomas**.

Lo que encontró en los viales fue aún más perturbador. En primer lugar, **encontró exactamente la misma estructura negra antes mencionada en el vial que en la sangre. También encontró círculos simétricos oscuros o negros que podrían ser metálicos, unidos por conectores**.

¡Parecía diseñado y se ensambla automáticamente! En otra diapositiva, muestra que se habían comenzado a formar líneas negras. La Dra. Botha afirma que había visto burbujas de aire antes en análisis de sangre y que **estas sustancias no eran burbujas de aire**. También realizó un análisis de campo oscuro y descubrió que **las partículas eran reflectantes**.

Dr. Mark Trozzi:

Ella ha examinado la sangre de muchas personas bajo el microscopio después de ser víctimas de las inyecciones biotecnológicas de Covid mal informadas y coaccionadas que se venden criminalmente como "vacunas Covid", lo cual sabemos que no son.

¡Los hallazgos microscópicos de la Dra. Botha son horribles!

En primer lugar, observa constantemente **daños extremos en los glóbulos rojos en todas las víctimas de inyecciones**. Observa la formación de rouleaux apilados. **Los rouleaux apilados son una forma extrema de daño a los glóbulos rojos, por el cual se pegan entre sí, ya no pueden transportar oxígeno de manera efectiva y obstruyen los vasos sanguíneos pequeños, lo que contribuye a la formación de coágulos de sangre mortales**.

En segundo lugar, la Dra. Botha recibió una muestra segura de una de las inyecciones de Covid. El examen microscópico de esto reveló **elementos electrotécnicos inorgánicos en estas inyecciones**. Entendemos que la excusa de respaldo de los gigantes farmacéuticos para los ingredientes secretos en los cócteles que se inyectan a personas inocentes es que su "producto contiene propiedad intelectual que tienen derecho a proteger".

Estamos descubriendo que las inyecciones son incluso peores de lo que pensábamos, lo cual ya era terrible. Mientras tanto, políticos traidores y jefes corruptos de tantas instituciones alrededor del mundo, continúan imponiéndolas a la gente; demonizan a las personas que se niegan a ser inyectadas y, en cambio, se convierten en víctimas del apartheid médico, perdiendo sus trabajos y libertades. Es asalto, asesinato en masa e invasión de cuerpos con alta tecnología.

Estos elementos de autoensamblaje de electro-tecnología de las inyecciones, parecen ser el hackeo diabólico de cuerpos humanos por la empresa criminal del Covid. Comparto la súplica apasionada de la Dra. Botha para que la gente rechace estas inyecciones, incluso bajo las botas tiránicas del apartheid médico.

Por último, consideremos: ¿cuál es la función de estas unidades microscópicas de electrotecnia autoensambladas que se inyectan en masa en personas inocentes? Por supuesto, **son muy antinaturales y perjudiciales para la salud de todos**. Pero debe haber más.

Un científico con más de 30 000 seguidores en Twitter ha analizado la nueva encarnación de la "vacuna" de ARNm de Pfizer BioNTech llamada Comirnaty. No se ha podido verificar cómo obtuvo los viales. Sin embargo, el Dr. John B. publicó sus resultados en su página de Twitter. Comienza mostrando cómo está haciendo zoom en una gota: "**Al acercarnos, se descubrió que las partículas más grandes tenían un diámetro de aproximadamente 1 µm". "Algunas agregaciones de partículas también fueron visibles en el líquido". "También se pueden ver estructuras similares a fibras. Su diámetro está en el rango de nm. Recuerde, un cabello humano tiene un diámetro de aproximadamente 70-90 µm. Algunos de ellos parecen una fibra continua (a, c), otros tienen ramas (b, d)". "También se ve una estructura en forma de anillo". "Otra clase de partículas: comparativamente grandes y con propiedades únicas de refracción de la luz. Vienen en diferentes formas (por ejemplo, en forma de varilla, cuadrados)". Las últimas 3 imágenes contienen objetos de formas muy extrañas, algunos de los cuales parecen fragmentos de vidrio y otros son claramente iridiscentes, luminiscentes o fluorescentes**.

A estas alturas, con cada vez más médicos y científicos independientes que realizan sus propios análisis de los viales de las "vacunas" Covid, podemos formarnos una imagen de lo que realmente contienen. Los temas comunes de los contenidos incluyen:

- Objetos de formas extrañas como fragmentos de vidrio.
- Hilos (algunos de los cuales tienen ramas que crecen a partir de ellos) (ver también un artículo sobre las mascarillas y la evidencia de Madej).
- Colores brillantes luminiscentes o fluorescentes (ver la evidencia de Madej y la evidencia de John B.).
- Sustancias sintéticas/artificiales (se ven simétricas, por ejemplo, estructuras en forma de anillo que forman un círculo perfecto, o una cuadrícula circular negra)
- Autoensamblaje.

El respetado médico e inventor, Richard Fleming, ha publicado una presentación detallada de 32 minutos que documenta sus impactantes hallazgos. A finales de

2020, antes de que se lanzara la inyección de Pfizer, los principales científicos y expertos de todo el mundo advirtieron que las inyecciones de Pfizer y Moderna presentaban un riesgo extremo de causar coágulos de sangre, miocarditis y otros problemas cardiovasculares. Un año después, Pfizer y Moderna se vieron obligados a emitir advertencias confirmando que sus controvertidas "vacunas" de ARNm pueden causar una larga lista de problemas que no solo se limitan al sistema cardiovascular. Ahora, el científico investigador, **el Dr. Richard Fleming, ha probado la "vacuna" Covid-19 Pfizer en muestras de sangre humana fresca in vitro y ha realizado una serie de descubrimientos de pesadilla que confirman los hallazgos de la comunidad médica**.

Veamos un vídeo del Dr. Nathan Thompson, de Illinois, Estados Unidos, el cual, nos muestra los resultados que presentaron las células sanguíneas que participan en las respuestas inmunes de un paciente, posterior a cada una de las dos inoculaciones y en comparación con lo que reflejaban antes de recibirlas.

Si bien se trata de algo muy puntual (un paciente adulto, diabético que había logrado controlar el padecimiento por cambios en su estilo de vida), los resultados que presenta el Dr. Thompson son preocupantes y, bajo el principio precautorio de la medicina y el espíritu de indagación que se esperaría tuvieran los practicantes de esta profesión, me parece que merecen su atención así como la realización de más estudios para ver si esto que se reporta en el vídeo es generalizado y, si sí, cuáles serían las implicaciones.

El Dr. Thompson es un médico graduado de Elmhurst College, con especialización en medicina del deporte, y trabaja en un centro de medicina integral (donde no solamente se enfocan en curar "X" sino en ayudar a que el paciente modifique su estilo de vida como un concepto de salud más holístico). En otras palabras, no es un médico especializado en hematología, patología clínica o inmunología. Sin embargo, lo que presenta aquí se basa en estudios muy básicos de patología clínica para los que no hace falta ninguna especialización. Cualquier médico (y médico veterinario) debe de conocer las pruebas de biometría hemática, citometría de flujo, y debe de poder interpretarlas. Haciendo eco de lo que pregunta el Dr. Thompson, a los médicos que miren este vídeo, les pregunto: ¿pueden con honestidad, integridad y veracidad, ignorar estos resultados, o consideran que sería sensato investigar más sobre este asunto?

En este vídeo, tenemos un resumen de distintos análisis de sangre de los "vacunados". En el siguiente vídeo, se explica como las "vacunas" de ARNm, afectan a las células, **el 62% de los pacientes recientemente "vacunados" tienen evidencia de coagulación y presentan daños permanentes. Las "vacunas" Covid destrozan las células T y el sistema inmunológico**.

57 destacados científicos y médicos publicaron en mayo pasado un impactante estudio sobre las "vacunas" Covid que no tiene desperdicio y exigieron el cese inmediato de todas las "vacunas". Publicaron un informe en el que se cuestionaba la seguridad y eficacia de las actuales "vacunas" Covid-19 y piden el fin inmediato de todos los programas de vacunación:

"Hay dos certezas con respecto a la distribución mundial de las 'vacunas' Covid-19. La primera es que los gobiernos y la gran mayoría de los principales medios de comunicación están presionando con todas sus fuerzas para que estos medicamentos experimentales lleguen a la mayor cantidad de personas posible. La segunda es que aquellos que están dispuestos a enfrentar el desprecio que conlleva hacer preguntas serias sobre las 'vacunas' son actores fundamentales en nuestro esfuerzo continuo por difundir la verdad.

Todavía hay demasiadas preguntas sin respuesta con respecto a la seguridad, eficacia y necesidad de las 'vacunas' Covid-19. Este estudio es una bomba que debería ser escuchada por todos, independientemente de sus opiniones sobre las 'vacunas'. No hay suficientes ciudadanos que estén haciendo preguntas. La mayoría de las personas simplemente siguen las órdenes de los gobiernos del mundo, como si se hubieran ganado nuestra total confianza. No lo han hecho. Este manuscrito es un paso adelante en términos de responsabilidad y libre flujo de información sobre este tema crucial. Tómese el tiempo para leerlo y compartirlo ampliamente.

Las 'vacunas' para otros coronavirus nunca han sido aprobadas para humanos, **y los datos generados en el desarrollo de vacunas contra coronavirus diseñadas para provocar anticuerpos neutralizantes muestran que pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) y la inmunopatología Th2, independientemente de la 'vacuna', plataforma y método de entrega.**

Se sabe que **la mejora de la enfermedad impulsada por la 'vacuna' en animales 'vacunados' contra el SARS-CoV y MERS-CoV se produce después de la exposición viral**, y se ha atribuido a los complejos inmunes y la captura viral mediada por Fc por los macrófagos, que aumentan la activación y la inflamación de las células T.

En marzo de 2020, los inmunólogos en vacunas y los expertos en coronavirus evaluaron los riesgos de la 'vacuna' contra el SARS-CoV-2 basándose en los ensayos de la 'vacuna' contra el SARS-CoV en modelos animales. **El grupo de expertos concluyó que la ADE y la inmunopatología eran una preocupación real**, pero afirmó que su riesgo era insuficiente para retrasar los ensayos clínicos, aunque sería necesario un seguimiento continuo.

Si bien no hay pruebas claras de la aparición de EAM e inmunopatología relacionada con la 'vacuna' en voluntarios inmunizados con 'vacunas' contra el SARS-CoV-2, **los ensayos de seguridad hasta la fecha no han abordado específicamente estos efectos adversos graves (SAE)**. **Dado que el seguimiento de los voluntarios no superó los 2-3,5 meses después de la segunda dosis, es poco probable que se hubiera observado tal EAG**. A pesar de los 92 errores en los informes, no se puede ignorar que incluso teniendo en cuenta el número de 'vacunas' administradas, Según el Sistema de Notificación de Efectos Adversos de las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de EE. UU., **el número de muertes por millón de dosis de vacuna administradas se ha multiplicado por más de diez**. Creemos que existe una

necesidad urgente de un diálogo científico abierto sobre la seguridad de las vacunas en el contexto de la inmunización a gran escala.

En este artículo, describimos algunos de los riesgos de la vacunación masiva en el contexto de los criterios de exclusión del ensayo de fase 3 y discutimos el SAE informado en los sistemas de registro de efectos adversos nacionales y regionales. Destacamos las preguntas sin respuesta y llamamos la atención sobre la necesidad de un enfoque más cauteloso de la vacunación masiva. Creemos que existe una necesidad urgente de un diálogo científico abierto sobre la seguridad de las "vacunas" en el contexto de la inmunización a gran escala.

Con pocas excepciones, los ensayos de la "vacuna" contra el SARS-CoV-2 excluyeron a los ancianos, lo que hizo imposible identificar la aparición de eosinofilia posvacunación y aumento de la inflamación en los ancianos. Los estudios de las 'vacunas' contra el SARS-CoV mostraron que los ratones ancianos inmunizados tenían un riesgo particularmente alto de inmunopatología Th2 potencialmente mortal. A pesar de esta evidencia y los datos extremadamente limitados sobre la seguridad y eficacia de las 'vacunas' contra el SARS-CoV-2 en los ancianos, las campañas de 'vacunación' masiva se han centrado en este grupo de edad desde el principio. La mayoría de los ensayos también excluyeron a voluntarias embarazadas y lactantes, así como a aquellas con enfermedades crónicas y graves como tuberculosis, hepatitis C, autoinmunidad, coagulopatías, cáncer e inmunosupresión, aunque a estas receptoras se les ofrece ahora la vacuna en la premisa de la seguridad.

Otro criterio de exclusión de casi todos los ensayos fue la exposición previa al SARS-CoV-2. Esto es lamentable, ya que negó la oportunidad de obtener información extremadamente relevante sobre el ADE posterior a la vacunación en personas que ya tienen anticuerpos anti-SARS-Cov-2. Hasta donde sabemos, **ADE no está siendo monitoreado sistemáticamente para ningún grupo de edad o condición médica al que actualmente se le administra la 'vacuna'**. Además, **a pesar de que una proporción sustancial de la población ya tiene anticuerpos, las pruebas para determinar el estado de los anticuerpos contra el SARS-CoV-2 antes de la administración de la 'vacuna' no se realizan de forma rutinaria**.

Covid-19 abarca un amplio espectro clínico, que va desde patología pulmonar muy leve a grave y enfermedad multiorgánica mortal con desregulación inflamatoria, cardiovascular y de la coagulación sanguínea. En este sentido, los casos de EAM o inmunopatología relacionados con la 'vacuna' serían clínicamente indistinguibles del Covid-19 grave. Además, incluso en ausencia del virus SARS-CoV-2, **la glucoproteína Spike sola causa daño endotelial e hipertensión** in vitro e in vivo en hámsteres sirios al regular negativamente la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) y deteriorar la función mitocondrial. Aunque estos hallazgos deben confirmarse en humanos, **las implicaciones de este hallazgo son asombrosas, ya que todas las vacunas autorizadas para uso de emergencia se basan en la administración o inducción de la**

síntesis de glicoproteínas de Spike. **En el caso de las 'vacunas' de ARNm y las vacunas vectorizadas con adenovirus, ni un solo estudio ha examinado la duración de la producción de Spike en humanos después de la 'vacunación'**. Bajo el principio de precaución, es parsimonioso considerar que la síntesis de Spike inducida por la 'vacuna' podría causar signos clínicos de Covid-19 grave y, erróneamente, contabilizarse como nuevos casos de infecciones por SARS-CoV-2. Si es así, es posible que nunca se reconozcan los verdaderos efectos adversos de la actual estrategia mundial de vacunación a menos que los estudios examinen específicamente esta cuestión. **Ya existe evidencia no causal de aumentos temporales o sostenidos en las muertes por Covid-19 luego de la vacunación en algunos países y a la luz de la patogenicidad de Spike, estas muertes deben ser estudiadas en profundidad para determinar si están relacionadas con la 'vacunación', ni un solo estudio ha examinado la duración de la producción de Spike en humanos después de la 'vacunación'**.

Otro tema crítico a considerar dada la escala global de la 'vacunación' contra el SARS-CoV-2 es la autoinmunidad. **El SARS-CoV-2 tiene numerosas proteínas inmunogénicas, y todos menos uno de sus epítopos inmunogénicos tienen similitudes con las proteínas humanas**. **Estos pueden actuar como una fuente de antígenos, lo que conduce a la autoinmunidad**. Si bien es cierto que se podrían observar los mismos efectos durante la infección natural por el SARS-CoV-2, la 'vacunación' está destinada a la mayor parte de la población mundial, mientras que se estima que solo el 10% de la población mundial ha sido infectada por el SARS-CoV-2, según el Dr. Michael Ryan, jefe de emergencias de la Organización Mundial de la Salud. **No hemos podido encontrar pruebas de que ninguna de las 'vacunas' autorizadas actualmente haya examinado y excluido epítopos inmunogénicos homólogos para evitar una posible autoinmunidad debido al cebado patógeno**.

A nivel de población, también podría haber impactos relacionados con las 'vacunas'. El SARS-CoV-2 es un virus de ARN de rápida evolución que hasta ahora ha producido más de 40 000 variantes, algunas de las cuales afectan al dominio antigénico de la glicoproteína Spike. **Dadas las altas tasas de mutación, la síntesis inducida por la 'vacuna' de altos niveles de anticuerpos anti-SARS-CoV-2-Spike podría teóricamente conducir a respuestas subóptimas contra infecciones subsecuentes por otras variantes en individuos 'vacunados', un fenómeno conocido como cebado antigénico**. Se desconoce hasta qué punto las mutaciones que afectan la antigenicidad del SARS-CoV-2 se fijarán durante la evolución viral, pero **las 'vacunas' podrían actuar como fuerzas selectivas que impulsan variantes**, teóricamente con mayor infectividad o transmisibilidad. Teniendo en cuenta la gran similitud entre las variantes conocidas del SARS-CoV-2, este escenario es poco probable, pero si las variantes futuras difirieran más en los epítopos clave, ***la estrategia de vacunación global podría haber ayudado a dar forma a un virus aún más peligroso***. Este riesgo se ha señalado recientemente a la atención de la OMS en una carta abierta".

La conclusión a la que llegan:

Los riesgos descritos aquí son un obstáculo importante para continuar con la "vacunación" mundial contra el SARS-CoV-2. Se necesita evidencia sobre la seguridad de todas las "vacunas" contra el SARS-CoV-2 antes de exponer a más personas al riesgos de estos experimentos, ya que ***lanzar una "vacuna" candidata sin tiempo para comprender completamente el impacto resultante en la salud podría conducir a una exacerbación de la actual crisis mundial***.

Como hemos comprobado, la lista de eventos adversos de las "vacunas" no tiene fin, ni por el número de ellos, ni por la variedad; mientras, los prospectos de éstas, son papeles en blanco (366). Las consecuencias de las mal llamadas "vacunas", así como otros aspectos del discurso oficial, han sido denunciados públicamente, incluso, en parlamentos de diferentes países (367) (368) (369) (370) (371) o por algún diputado fuera del parlamento, como es el caso Dña. Luz Belinda Rodríguez (diputada del parlamento andaluz) (372) o en medios de comunicación. El **Primer Ministro australiano**: "Es culpa de cada cual, si muere a causa de la vacuna, porque **es su obligación obtener la aprobación por escrito de su médico de cabecera, antes de vacunarse**" (373). Recientemente el Dr. **Luc Montagnier**, galardonado con el **premio Nobel de Medicina** en el año 1984 por el descubrimiento y codificación del VIH; ha hecho unas declaraciones de tremendo impacto (374):

Ha confirmado que no hay posibilidad de supervivencia para las personas que recibieron alguna forma de "vacuna". "No hay esperanza ni tratamiento posible para quienes ya han sido vacunados. Debemos estar preparados para incinerar los cuerpos". Apoyó las afirmaciones de otros virólogos destacados después de estudiar los componentes de la vacuna. "Todos morirán por la mejora dependiente de aanticuerpos. No se puede decir nada más. Es un gran error, ¿no? Un error científico y también un error médico. Es un error inaceptable. Los libros de historia mostrarán esto, porque es la 'vacunación' la que está creando las variantes".

De igual forma, confirmando lo que dice el Dr. Montagnier, **4 doctores de tremendo prestigio como son: Judy Mikovitz, Sherry Tenpenny, Dolores Cahill y María Mirande, afirman que un gran número de "vacunados" morirán** (375) (376) (377), según el Dr. Peter McCullough: "**El programa de 'vacunación" masiva contra la Covid será 'uno de los más mortales' de la historia", "la mejor forma de permanecer saludable ahora mismo, es mantenerse** alejado **de las 'vacunas' antiCovid-19"**; incluso, otro autor ha establecido una correlación entre las dosis de "vacunas" administradas y la (IA) incidencia acumulada a 14 días y el porcentaje de ocupación de camas UCIs (378). Siguiendo en la misma línea, el director del Instituto de Patología de la Universidad de Heidelberg, **Dr. Peter Schirmacher**, que ha realizado más de cuarenta autopsias en personas que han fallecido dos semanas después de su "vacunación"; ha dicho que en su opinión, se subestima la frecuencia de las consecuencias fatales de las "vacunas:, según él, **entre un 30 y un 40% de ellas murieron como consecuencia de la "vacuna"** (379).

Los profesores de patología alemanes Arne Burkhardt y Walter Lang dicen que las autopsias de personas que murieron tras la "vacunación" contra Covid hablan por sí mismas. El 20 de septiembre, el Dr. Arne Burkhardt enumeró sus hallazgos patológicos de diez personas mayores de 50 años a las que se les realizó la autopsia y que murieron en diferentes intervalos después de la inyección antiCovid. Burkhardt enfatizó que los resultados del examen fueron respaldados por dos patólogos. **En cinco de los diez casos mencionados anteriormente, los dos médicos califican la conexión entre la muerte y la "vacunación" como muy probable, en dos casos como probable. Aún no se ha evaluado un caso. Los otros dos casos se clasificaron como poco claros / posibles o "más bien coincidentes**". En cuanto a las causas de muerte, Burkhardt señaló que la miocarditis linfocítica es el diagnóstico más común y es apenas detectable macroscópicamente. Incluso a menudo no se reconoce histológicamente, es decir, cuando se examina bajo el microscopio, y en determinadas circunstancias se malinterpreta como un infarto. Hasta ahora no se había relacionado la miocarditis con los infartos, pero la evidencia histológica hace pensar de otra forma. Los médicos sospechan que otros efectos secundarios de la "vacunación" corona con posibles consecuencias de muerte son fenómenos autoinmunes, reducción de la capacidad inmunitaria, aceleración del crecimiento del cáncer, "endotelitis" por daño vascular, vasculitis, perivasculitis y "aglutinación" de eritrocitos. Burkhardt **describió como "extremo" que entre los diez fallecidos se encontraran tres enfermedades autoinmunes muy raras, a saber, el síndrome de Sjogren, la vasculitis leucoclasmática de la piel y la enfermedad de Hashimoto**. Dijo que solo podía pensar en una cosa al ver los resultados: "**una revuelta de linfocitos", potencialmente en todos los tejidos y órganos**. **Se encontraron linfocitos en una amplia variedad de tejidos, como el hígado, los riñones, el bazo hasta el útero y tumores, que atacaron masivamente esos tejidos**.

El Dr. Wolfgang Wodarg expone una hipótesis de que especialmente hombres jóvenes y sobre todo hombres jóvenes deportistas, sufren miocarditis después de la "vacuna". "Ha llamado mucho la atención y se menciona incluso en las cartas rojas de los fabricantes, que dicen que hay que tener cuidado, que es un efecto secundario de la "vacuna" y especialmente en hombres jóvenes. En ellos el músculo está mucho más vascularizado. Al poner una "vacuna" intramuscular, la opción de "tocar" una vena es mucho mayor. La literatura médica menciona entre el 5 y el 10% de los casos. Es decir, si no se aspira, debe contar con que entre el 5 y 10% de los casos va a introducir esas nanopartículas directamente en la vena. Y si entran en la vena, esas sustancias van en la sangre hasta el ventrículo derecho, donde hay un sistema de presión baja. O la sangre entra en contacto con el endotelio en las venas, donde tarda más que en el sistema de alta presión, con ello es posible que estas nanopartículas penetren en las células y naturalmente también en el ventrículo derecho donde se produce el ritmo cardiaco; también allí pueden penetrar las células. Así que todo esto no está libre de riesgos. No hay ningún examen posterior que se preocupe de analizarlo. Podría ser la razón por la cual muchos hombres jóvenes están sufriendo miocarditis tras la "vacuna". Más que el resto. Es una hipótesis que parece posible que se podría comprobar inyectando a estos hombres jóvenes con una

sustancia coloreada trazable. Con ello veríamos donde se ha repartirdo la sustancia inyectada y estos estudios, no se están haciendo": Dra. Natalia Prego.

En países como: Tailandia, Vietnam, Indonesia, Taiwan o Israel, que aún teniendo incidencias muy bajas o incluso nulas, decidieron empezar a "vacunar"; los datos de fallecimientos son demoledores tras la "vacunación". Unos meses antes de que las primeras "vacunas" Covid-19 recibieran la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) a finales de 2020, una experta en seguridad de vacunas a nivel mundial, advirtió que **las circunstancias apresuradas hacían esencial "hacer bien [el monitoreo de la seguridad]" mediante el escrutinio "intensivo" y "robusto" de los eventos adversos después del despliegue experimental. Como afirmó esta experta, "desplegar cualquier nueva vacuna basada en datos de ensayos clínicos acelerados en una población sin un sistema de control de la seguridad que funcione es imprudente e irresponsable dadas las herramientas disponibles**". Además, añadió, "cualquier inversión necesaria para reforzar el control de seguridad sería poco costosa en comparación con la enorme financiación asignada al desarrollo y la ampliación de la "vacuna" Covid". El pasado mes de septiembre, esa misma experta, Dra. Helen Petousis-Harris, escribió que "no evaluar la seguridad de las "vacunas" Covid con toda nuestra capacidad sería fundamentalmente un error" (381).

Un grupo de médicos de Utah ha descubierto un desarrollo profundamente perturbador en las mujeres que toman las "vacunas" experimentales Covid-19. Las mujeres han estado sufriendo síntomas de cáncer de mama, como una inflamación anormal y peligrosa de los ganglios linfáticos de las mamas. Si bien los médicos ven esto en una mamografía normal, llaman a esas pacientes porque puede significar cáncer de mama metastásico, linfoma o leucemia. El Dr. Ryan Cole: "Desde el 1 de enero, en el laboratorio, veo un aumento de 20 veces en los cánceres de endometrio sobre lo que veo anualmente". "No exagero en absoluto porque miro mis números año tras año, digo 'Dios, nunca había visto tantos cánceres de endometrio antes'".

Al explicar sus hallazgos en el evento del 18 de marzo, Cole les dijo a los habitantes de Idaho que las "vacunas" parecen estar causando serios problemas autoinmunes, de una manera que describió como una respuesta de "VIH inversa". Cole explicó que se requieren dos tipos de células para el funcionamiento adecuado del sistema inmunológico: "células T auxiliares", también llamadas "células CD4", y "células T asesinas", a menudo conocidas como "células CD8". De manera similar, Cole describe, "**después de la 'vacuna', lo que estamos viendo es una caída en sus células T asesinas, en sus células CD8". "¿Y qué hacen las células CD8? Mantienen a todos los demás virus bajo control**".

Al igual que el VIH causa alteraciones del sistema inmunológico al suprimir las células "auxiliares" CD4, lo mismo sucede cuando se suprimen las células "asesinas" CD8. En su opinión, este es el caso de las "vacunas" contra el Covid-19.

Cole continúa afirmando que, como resultado de esta supresión de "células T asesinas" inducida por la "vacuna", está experimentando un "aumento" no solo del cáncer de endometrio, sino también de melanomas, así como de herpes, herpes zóster y un "Gran repunte" en el VPH cuando "se observan las biopsias cervicales de mujeres".

El Dr. Cole afirma en su vídeo que, no solo los melanomas aparecen con más frecuencia, como los cánceres de endometrio, los melanomas también se están desarrollando más rápidamente y son más severos en las personas más jóvenes de lo que había presenciado anteriormente.

"Lo más preocupante de todo es que existe un patrón de este tipo de células inmunitarias en el cuerpo que mantienen el cáncer bajo control", afirmó el médico.

"Veo melanomas invasivos en pacientes más jóvenes; normalmente los detectamos temprano, y son melanomas delgados, veo que los melanomas gruesos se dispararon en los últimos meses".

En lo que respecta al cáncer y la inyección de genes, la vaguedad de muchos médicos e instituciones, lamentablemente, se disipa frente a la multitud de historias **terribles**. Parece haber tres situaciones:

- **La aparición de un cáncer tras la inyección de forma rápida (de dos semanas a unos meses) y muy progresiva, en una persona que anteriormente estaba libre de patologías carcinológicas conocidas.**
- **Reanudación del cáncer en un paciente que ha estado en remisión completa durante varios meses o años.**
- **La evolución rápida, incluso explosiva, de un cáncer aún no controlado.**

Más allá de los testimonios que llegan a raudales de familiares y amigos y en las redes sociales, un diario suizo finalmente ha abordado el tema de una forma más amplia:

"¿Pueden las 'vacunas' Covid causar cáncer?

En algunos casos, la respuesta parece ser afirmativa. Ciertamente, no hay evidencia de que las 'vacunas' Covid en sí mismas sean cancerígenas. Sin embargo, **se ha demostrado que hasta en el 50% de los 'vacunados', las 'vacunas' Covid pueden inducir inmunosupresión temporal o desregulación inmunitaria (linfocitopenia) que puede durar aproximadamente una semana o posiblemente más**.

Además, **se ha demostrado que las 'vacunas' de ARNm de antiCovid "reprograman" (es decir, influyen) en las respuestas inmunitarias adaptativas e innatas y, en particular, regulan negativamente la llamada**

vía TLR4, que se sabe que desempeña un papel importante en la respuesta inmunitaria a las infecciones y células cancerosas.

Por lo tanto, los autores concluyen que **es muy posible que estos cambios inmunológicos puedan tener consecuencias no deseadas en la condición del receptor de la inyección del gen**. ¡Ciertamente una cuestión de sentido común!

"Por lo tanto, ***si ya hay un tumor en alguna parte, conocido o desconocido, o si existe una predisposición a un cierto tipo de cáncer, tal estado de inmunosupresión o desregulación inmunológica inducida por la 'vacuna' podría desencadenar un crecimiento tumoral repentino y cáncer en unas semanas tras la 'vacunación'"***. Cabe señalar que la linfocitopenia también se observó con frecuencia en casos de Covid grave.

También se ha observado la reactivación posterior a la "vacunación" de infecciones virales latentes, incluido el virus de la culebrilla, el VEB (Epstein-Barr) y el virus de la hepatitis.

"**La inmunosupresión temporal inducida por la 'vacuna' también es un factor que puede contribuir al pico posterior a la 'vacunación' en las infecciones por coronavirus observado en muchos países**".

Las "vacunas" contra la Covid-19 basadas en ARNm, han utilizado la optimización de codones para mejorar la producción de proteínas. Un codón consta de tres nucleótidos y estos son los componentes básicos del ADN. **Utilizar la optimización de codones prácticamente garantiza resultados** inesperados. La sustitución de los codones raros se debe hacer de manera sensata, ya que los codones más raros pueden tener velocidades de transformación más lentas y, en realidad, es necesaria una velocidad más lenta para evitar que las proteínas estén mal plegadas.

Los codones de parada (o de terminación), cuando están presentes al final de una secuencia codificante de ARNm, señalan el fin de la síntesis de proteínas. De acuerdo con un artículo reciente, tanto Pfizer como Moderna seleccionaron codones de parada subóptimos. **Las "vacunas" antiCovid estimulan la proteína espiga (Spike) a niveles inauditos en la naturaleza, y por desgracia la proteína Spike es la parte tóxica del virus que es responsable de los efectos más nocivos del virus, como los trastornos de la coagulación sanguínea, problemas neurológicos y daño cardíaco. Esperar que la "vacuna" antiCovid no produzca este tipo de efectos sería algo muy** ingenuo.

Otras amenazas importantes de los sueros experimentales, incluyen **la disfunción inmunológica y el brote de infecciones virales latentes como el herpes y la culebrilla. Las coinfecciones, a su vez, podrían acelerar otras enfermedades.** Los virus del herpes, por ejemplo, se han mencionado como causa tanto del SIDA como del síndrome de fatiga crónica.

El Dr. Montagnier, ha resumido los peligros potenciales de estas "vacunas":

- Efectos secundarios a corto plazo:

  "Éstas no son las reacciones locales normales que se encuentran para cualquier vacuna, las reacciones graves involucran la vida del receptor, como un **shock anafiláctico relacionado con un componente de la mezcla de la 'vacuna', o alergias graves o una reacción autoinmune a la aplasia celular. En este grupo deberíamos incluir una serie de problemas sanguíneos letales que implican coágulos y pérdida de plaquetas que provocan accidentes cerebrovasculares, hemorragias cerebrales** y otros impactos".

- Falta de protección de la "vacuna":

  "**Los anticuerpos inducidos no neutralizan una infección viral, sino que la facilitan dependiendo del receptor**. Es posible que este último ya haya estado expuesto al virus de forma asintomática. Los anticuerpos inducidos naturalmente pueden competir con los anticuerpos inducidos por la 'vacuna'".

  "**La producción de anticuerpos inducida por 'vacunación' en una población altamente expuesta al virus conducirá a la selección de variantes resistentes a estos anticuerpos. Estas variantes pueden ser más virulentas o más transmisibles**. Esto es lo que estamos viendo ahora. Una carrera interminable de 'vacunas' contra el virus que siempre se convertirá en una ventaja para el virus".

- Efectos a largo plazo:

  "Contrariamente a lo que afirman los fabricantes de "vacunas" de ARN mensajero, **existe el riesgo de integración del ARN viral en el genoma humano**. Nuestras células tienen la capacidad de invertir la transcriptasa del ARN al ADN. Aunque se trata de un evento poco común, no se puede excluir su paso a través del ADN de las células germinales y su transmisión a las generaciones futuras".

Aunque es muy alta la variedad de enfermedades en las que podríamos ver un aumento como resultado de esta campaña de "vacunas", se pueden hacer algunas predicciones generales. Ya hemos visto más casos de trastornos de la coagulación sanguínea, ataques cardíacos y derrames cerebrales, así como inflamación cardíaca. A largo plazo, la doctora Seneff cree que también **veremos más casos de cáncer, enfermedades aceleradas similares al párkinson, enfermedad de Huntington y todo tipo de enfermedades autoinmunes y trastornos neurodegenerativos**. La doctora Judy Mikovit**s también sospecha que muchas personas desarrollarán enfermedades crónicas y debilitantes, al igual que morirán de forma prematura**. Igualmente, considera que **quienes están infectados de manera asintomática con XMRV y gammaretrovirus de vacunas convencionales contaminadas, en un mayor riesgo. La "vacuna" antiCovid acelerará su muerte al paralizar su**

función inmunológica. "Los niños 'vacunados' son bombas de tiempo", dijo Mikovits en una entrevista de mayo de 2021.

El Dr. Francis Christian hizo esta importante observación: "**No he conocido a un solo niño o padre 'vacunado' que haya sido informado adecuadamente y que entienda los riesgos de esta 'vacuna' o sus beneficios". Con base en todos los datos sobre las muertes por Covid, está claro que para casi todas las personas, menores de 70 años, los riesgos superan los beneficios**.

Un artículo informativo de la Dra. Veronica Hackethal de abril, señaló que: "La Agencia Europea de Medicamentos ha dicho que, hasta el 20 de abril, ha habido 287 informes de coágulos sanguíneos raros con plaquetas bajas después de la administración de la "vacuna" AstraZeneca, ocho con Johnson & Johnson, 25 con Pfizer y cinco con Moderna. Los coágulos son notables porque algunos se han producido en ubicaciones inusuales y mortales; en las venas que drenan el cerebro (conocida como trombosis del seno venoso cerebral) y el abdomen (conocida como trombosis de la vena esplácnica). El Dr. Abd Al-Roof Higazi, jefe de la División de Laboratorios y Departamento de Bioquímica Clínica del Centro Médico de la Universidad Hadassah en Jerusalén, ha encontrado el mecanismo que causa los coágulos. Higazi y sus colegas publicaron un artículo el año pasado en la revista Blood de la Sociedad Estadounidense de Hematología sobre el péptido **Alfa-defensina**. Descubrieron que **este péptido acelera la creación de coágulos de sangre y previene su desintegración**. Esta experiencia les ayudó a comprender lo que les estaba sucediendo a los pacientes con Covid-19 porque los medicamentos anticoagulantes existentes no afectan la alfa-defensina.

En lo que hay que concentrarse es en el problema de los niveles muy bajos de plaquetas en el cuerpo que pueden causar sangrado anormal, denominado **trombocitopenia**, especialmente hemorragias cerebrales mortales. Dos procesos causan esta condición. El aclaramiento de plaquetas es un proceso autoinmune; el sistema inmunológico del cuerpo está **fuera de control y come plaquetas; esto se llama trombocitopenia inmune (PTI). En segundo lugar, está el consumo de plaquetas que convierte las plaquetas sanguíneas en coágulos en el cuerpo**.

El término médico más utilizado es ahora " trombocitopenia trombótica inmunitaria inducida por vacunas" (VITT). Trombótico se refiere a coágulos. La trombocitopenia se refiere a niveles bajos de plaquetas. Tenga en cuenta el uso de vacunas inducidas para clasificar esta afección médica con coágulos inusuales informados después de inyecciones de "vacunas" Covid-19 experimentales. VITT es un proceso de similar a una enfermedad autoinmune. Algunas personas están tratando de evitar este término porque se refiere explícitamente a un problema de "vacunas". Otro término que a veces se usa en lugar de VITT es trombocitopenia con síndrome de trombosis (STT). Para VITT, los científicos han identificado un autoanticuerpo llamado factor 4 de plaquetas (PF4) que promueve la coagulación y, finalmente, niveles bajos de plaquetas y sangrado; se puede medir. Recientemente, se está utilizando otro término médico. Es púrpura trombocitopénica trombótica adquirida (aTTP). La TTP ha sido durante mucho

tiempo una enfermedad autoinmune genética que solía ser muy mortal. Adquirido se utiliza para indicar un resultado de la "vacunación" Covid

En cuanto a la tan comentada inmunidad colectiva, ha dicho: "**Las 'vacunas' actuales no previenen la transmisión del virus de persona a persona y los 'vacunados' son tan transmisivos como los no 'vacunados'. Por lo tanto, la esperanza de una 'inmunidad colectiva' mediante un aumento en el número de 'vacunados' es totalmente inútil**". Defendió el tratamiento temprano de la infección con ivermectina y antibiótico bacteriano porque hay un cofactor bacteriano que amplifica los efectos del virus.

Para poder saber en el caso de los inoculados que tienen síntomas compatibles con la Covid, si se deben a una fugado la "vacuna" o realmente es ADE, se pueden hacer la prueba de anticuerpos para detectar IGG e IGM **en sangre, tanto para Spike como para nucleocápside**:

- Si pasó la enfermedad, sin estar vacunado, los resultados son: IgG prot S: positivo e IgG prot N: positivo.

- Si es Covid-19 por efecto adverso de "vacuna" Covid-19, los resultados son: Ig G prot S: positivo e IgG prot N: negativo.

Las duras opiniones del Dr. Montagnier han sido compartidas por el estimado virólogo belga Dr. Vanden Bossche:

"Dada la **enorme cantidad de escape inmunológico que provocarán las campañas de "vacunación" masiva y las medidas de contención complementarias**, es difícil imaginar cómo las intervenciones humanas no harían que **la pandemia de Covid-19 se convirtiera en un desastre increíble para la salud global e individual**".

El Regulador de Medicinas del Reino Unido ha respondido a una solicitud de Libertad de Información que exige saber cuántas muertes han ocurrido en los últimos 20 años debido a todas las vacunas, y su respuesta ha revelado que ha habido cuatro veces más muertes en solo ocho meses debido a las inyecciones de Covid-19.

Confirmaron que están utilizando otros estudios epidemiológicos, registros médicos electrónicos anonimizados basados en médicos de cabecera y experiencia internacional para monitorear de manera proactiva la seguridad junto con los informes espontáneos recibidos a través del esquema de la tarjeta amarilla. La MHRA también confirmó que las "vacunas" actuales de Covid-19 que se ofrecen en el Reino Unido solo están bajo una autorización temporal y que estas autorizaciones no constituyen una autorización de comercialización. Revelaron que habían recibido un total de 404 reacciones adversas notificadas a todas las vacunas disponibles (excluidas las inyecciones de Covid-19) asociadas con un desenlace fatal entre el 1 de enero de 2001 y el 25 de agosto de 2021, un tiempo de 20 años y 8 meses.

Pero, ¿cómo se compara eso con la cantidad de reacciones adversas notificadas a todas las "vacunas" Covid-19 autorizadas temporalmente asociadas con un desenlace fatal? Bueno, desde que se implementó la "vacuna" Pfizer en diciembre de 2020, se han reportado 509 muertes, lo que significa que **en solo 8 meses, esta "vacuna" por sí sola supera en número a las muertes debidas a todas las demás vacunas en los últimos 20 años**. A la inyección del vector viral AstraZeneca le ha ido mucho peor con 1060 **muertes reportadas** a la MHRA desde enero de 2020, **más del doble de lo que se ha informado debido a todas las demás "vacunas" en los últimos 20 años**. También se han reportado 15 muertes debido a la "vacuna" Moderna desde que se administró por primera vez en junio de 2021, y 28 muertes en las que la marca de la "vacuna" Covid-19 no se especificó en el informe.

Por lo tanto, hasta el 25 de agosto de 2021 ha habido un total de 1612 muertes notificadas a la MHRA como reacciones adversas a todas las "vacunas" Covid-19 disponibles en el Reino Unido desde principios de año. **Lo que significa que ha habido cuatro veces más muertes en solo 8 meses debido a las "vacunas" Covid-19 que debido a cualquier otra "vacuna" disponible desde el año 2001**.

Un estudio, encuentra que **miles de millones de personas "vacunadas" corren un riesgo real de sufrir una mejora dependiente de anticuerpos**. Según OurWorldInData.org, el 31.7% de la población mundial ha sido vacunada a día 21 de agosto de 2021. Eso es alrededor de 2400 millones de personas, y cada una de ellas ha tomado un suero médico experimental no probado y potencialmente mortal. Posiblemente el mayor experimento jamás realizado en la humanidad. **El estudio proporciona una evidencia sólida de que las inyecciones de Covid-19 que se administran en todo el mundo, sin lugar a dudas, causarán efectos ADE en las personas cuando estén expuestas a la variante Delta o potencialmente a otros coronavirus**. Lo que el artículo describe es una mejora clásica dependiente de anticuerpos, lo que significa que una reacción hiperinflamatoria puede matar a la persona ya que su sistema inmunológico "preparado" reacciona de forma exagerada a nuevas infecciones. El documento afirma que las "vacunas" actuales deben desecharse y quizá, reemplazarse con vacunas nuevas de "segunda generación" que estén diseñadas para atacar los objetivos antigénicos de la variante Delta (esto no deja de ser una tontería porque si el virus Covid-19 realmente existe, entonces siempre mutará a una nueva forma y eludirá las inyecciones actuales que se ofrezcan, sin importar cuántas inyecciones se administren a la población mundial). **Solo la inmunidad natural podría poner fin a esta supuesta pandemia porque las inyecciones actuales que se ofrecen no previenen la infección y no previenen la transmisión.**

Con miles de millones de personas ya inyectadas, los hallazgos de este estudio científico sugieren que **es perfectamente plausible que miles de millones de personas puedan morir debido a la mejora dependiente de anticuerpos u otros efectos devastadores causados por las "vacunas" Covid-19, como el daño vascular de la proteína de pico**. Ya lo estamos viendo en el Reino Unido:

Según el informe, desde el 1 de febrero de 2021 y hasta el 15 de agosto de 2021 ha habido 390 muertes entre la población no "vacunada", un aumento de 137 con respecto al último recuento realizado en el informe anterior donde la cifra confirmada fue de 253 hasta el 2 de agosto de 2021. Esto equivale al 0.2% de todas las infecciones confirmadas entre la población no "vacunada", en línea con la tasa de mortalidad promedio observada desde que comenzó la supuesta pandemia de Covid-19. Sin embargo, hasta el 15 de agosto de 2021 la población totalmente "vacunada" ha sufrido un total de 679 muertes. Esto en un aumento de 277 en el informe anterior donde la cifra confirmada fue 402. Equivale al 0.9% de todas las infecciones confirmadas entre la población completamente "vacunada". **Esto sugiere que la "vacuna" Covid-19 en realidad aumenta el riesgo de muerte en al menos un 338% en lugar de reducir el riesgo de muerte en un 95%**.

Los datos brutos de mortalidad por Covid-19 y mortalidad por todas las causas de la Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido (ONS) han revelado que las personas con doble vacunación tienen seis veces más probabilidades de morir por todas las causas **que las personas no vacunadas desde finales de abril hasta principios de julio de 2021**. **Las últimas cifras del** Informe **de vigilancia de vacunas del PHE del Reino Unido sobre casos de Covid-19 muestran que las personas de 40 a 79 años doblemente "vacunadas" han perdido el 44% de la capacidad de su sistema inmunológico. Su sistema inmunológico se está deteriorando alrededor del 5% por semana (entre el 3.8% y el 9.1%)**.

Si esto continúa, las personas de 30 a 59 años tendrán cero defensa contra Covid/virus (y quizás una forma de síndrome de inmunodeficiencia adquirida) para Navidad y todas las personas con doble vacunación mayores de 30 habrán perdido por completo la parte de su sistema inmunológico que ataca al Covid-19 en enero del próximo año.

Estas degradaciones del sistema inmunológico podrían ser causadas por ADE (mejora dependiente de anticuerpos, donde los anticuerpos, supuestamente, inducidos por la "vacuna" comienzan a funcionar a la inversa) y ser específica para la Covid, o podrían ser más generales y dar como resultado una forma de SIDA mediado por la "vacuna" (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Los propios datos de los ensayos clínicos de Pfizer indican **claramente que su "vacuna" Covid-19 hace que el receptor desarrolle SIDA**.

Algunos hallazgos en los datos del ensayo clínico de fase I-II-III de Pfizer, extremadamente preocupantes. **La tasa de muerte por sepsis en el grupo de 21 926 personas doblemente "vacunadas" del ensayo clínico de fase III de Pfizer, fue 21 veces más alta de lo normal**, **y la tasa de muerte cardiovascular fue dos veces más alta de lo normal**.

Esto indica claramente que ***la inyección de Pfizer Covid-19 de hecho causa una nueva forma de*** *'síndrome de inmunodeficiencia adquirida'*, como ha sido

sugerido por una montaña de datos disponibles de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, porque la sepsis es causada por fallo del sistema inmunológico.

Un estudio **reciente reportó reactividad cruzada no neutralizante entre los anticuerpos generados contra Spike de SARS-CoV-2 y una proteína de envoltura de VIH-1**. **Esta reactividad cruzada ocurre por la similitud de aminoácidos en algunas regiones de ambas proteínas (Spike de SARS-CoV-2 y gp41 de VIH-1)**.

El problema es que no son neutralizantes los anticuerpos. Esto quiere decir (cosa que omiten en la discusión los autores, pero que no debiera ser ignorado por quienes conocen de inmunología) que no se puede descartar el que la presencia de dichos anticuerpos contra Spike, en personas infectadas con VIH-1, pudieran incrementar la infección dentro del cuerpo de dichas personas, ya que al no neutralizar al virus VIH-1, entonces pueden llevar a un fenómeno conocido como ADE. **Es una posibilidad, y lo responsable es estudiarla (sobre todo considerando la cantidad de gente que, supuestamente, está teniendo anticuerpos contra Spike dada la vacunación) e investigar si es posible que ocurra este fenómeno dirigido hacia el incremento en la infección de células por parte del virus VIH-1 en personas ya infectadas**. **La generación de anticuerpos no neutralizantes no es trivial**. **Existen muchas enfermedades virales para las que se ha detectado la ocurrencia de** ADE debido a esos anticuerpos no neutralizantes. **En este caso, de ocurrir, sería una ADE provocada por anticuerpos contra Spike que también reconocen (y por lo tanto, se unen) a una proteína de VIH-1, pero que no neutralizan al virus**.

Si lo que encontraron en su modelo animal ocurre en humanos, habría un alto riesgo de incremento en la carga viral de VIH-1 en personas infectadas debido a esos anticuerpos contra Spike. **Dados los resultados de este estudio, lo responsable hubiera sido estudiarlo en la población humana antes de sacar los sueros experimentales al mercado y antes de haberles dado ninguna autorización de uso de emergencia**.

La supuesta eficacia decreciente de las "vacunas" no se acerca asintóticamente a cero (lo que significaría que las "vacunas" simplemente pierden eficacia con el tiempo), pasa directamente por cero y luego se vuelve peligrosamente negativo (lo que significa que las vacunas se vuelven tóxicas para el sistema inmunológico). **Luego se vuelve más negativo de una manera lineal semana tras semana**. **Si esto continúa, las "vacunas" destruirán por completo la parte de su sistema inmunológico que se ocupa de Covid a fines de enero**.

Si toma una "vacuna" de refuerzo, estas cifras muestran que se está administrando una forma progresiva aún más rápida de SIDA. ***El análisis de riesgo-beneficio para estas "vacunas" se ha convertido ahora en un***

análisis de riesgo-detrimento para todas las personas mayores de 30 años.

Las llamadas "inyecciones de refuerzo" para los empleados de la Clínica Universitaria de Münster (UKM) se interrumpieron. La razón: **se notó una cantidad inusualmente grande de efectos secundarios**. Apenas unas horas antes, el hospital había anunciado que daría a los 11 000 empleados la tercera "vacunación".

Según un informe de los medios, la suspensión fue confirmada por una portavoz del UKM tras una solicitud de la emisora de radio Münster. Solo unas horas antes se había anunciado que los 11 000 empleados recibirían una "oferta" para la "vacuna de refuerzo" antes de fin de año.

Por tanto, la aparición de estas "reacciones de vacunación" adversas debe haber sido, en consecuencia, alarmante y rápida.

El presidente médico alemán Klaus Reinhardt declaró que **actualmente no hay evidencia científica de la necesidad del refuerzo para todos**, informó un diario.

Un miembro del personal médico señaló que había trabajado en un pabellón de Corona durante un año. **Las "experiencias no se corresponden con la imagen de los grandes medios**".

Entre las críticas a quienes presentan la relación de eventos clínicos adversos (tomadas de páginas de registro como VAERS, FAERS, Eudravigilance, etc.) posteriores a la "vacunación" como evidencia de ausencia de seguridad de las "vacunas" contra SARS-CoV-2, está el hecho de que esos reportes podrían ser casualidades, y no causalidades (es decir, que en realidad se deben a otras causas). Para quienes saben Epidemiología, hay varias cosas que deben ser tomadas en cuenta en este tipo de sistemas de registro para determinar si hay sugerencia de causalidad y, entonces, comenzar a diseñar y llevar a cabo estudios epidemiológicos analíticos. Entre las cosas que son indicativas de esa sugerencia está el tiempo que ha transcurrido entre la "vacuna" y la presentación del cuadro clínico adverso. Cuando se observa en conjunto, si vemos que el número de eventos (digamos, infartos al miocardio) se agolpan en los primeros días posteriores a la "vacunación" y luego declinan, esa es una señal de que podría estar causalmente asociado.

Un ejemplo claro lo tenemos en un artículo que fue publicado en Journal of Hepatology. En este estudio se presenta un caso de hepatitis autoinmune posterior a la "vacunación" en un hombre sano de 47 años. El paciente recibió la "vacuna" de Moderna contra SARS-CoV-2 y desarrolló hepatitis inflamatoria al 3er día de recepción. Fue tratado, y al recibir la segunda dosis de la "vacuna" tuvo un recrudecimiento del cuadro de hepatitis autoinmune. El cuadro fue severo y agudo.

Los autores escriben: "Hemos leído con interés los casos recientes que sugerían la posibilidad de que **las 'vacunas' de Pfizer-BioNTech y de Moderna pudieran estar asociadas con el desarrollo de hepatitis mediada por el sistema inmune**. Sin embargo, conforme incrementa el cohorte de individuos 'vacunados' contra Covid-19 ya no es posible excluir una asociación coincidental en el desarrollo de hepatitis autoinmune, que tiene una incidencia de 3/100 000 personas-año. Nuestro reporte demuestra evidencia concluyente de una hepatitis inmuno-mediada inducida por la 'vacuna' con una rápida presentación de daño hepático después de la primera dosis de la 'vacuna' Moderna la cual a la segunda dosis provocó una hepatitis autoinmune severa".

Otros dos artículos adicionales que también reportaron hepatitis autoinmune en personas que recibieron la "vacuna" contra SARS-CoV-2. En el primer caso se reporta un caso de autoinmunidad hepática en un hombre sano de 63 años sin historial de condiciones de autoinmunidad, y en el segundo caso se trató de un caso de autoinmunidad hepática en una mujer de 76 años con historial de condiciones autoinmunes (Enfermedad de Hashimoto). El segundo caso clínico considera que dada la "vacunación" masiva mundial que se está emprendiendo, **la relación de causalidad entre la "vacunación" y la ocurrencia de enfermedades autoinmunes debe de ser explorada, y debe de considerarse si las "vacunas" contra SARS-CoV-2 son adecuadas para personas con condiciones autoinmunes**.

Estos artículos se suman a los reportes de fenómenos de autoinmunidad incluso en personas sin antecedentes, posteriores a la "vacunación". En particular, llama la atención que **se han encontrado indicaciones que los autoanticuerpos no son semejantes a los anticuerpos anti-mitocondriales, comunes en casos de autoinmunidad hepática, y que se generaron anticuerpos anti-nucleares únicos. Esto sugiere mecanismos diferentes de generación del proceso autoinmune asociados a la "vacunación", cuya relevancia clínica necesita ser estudiada**.

Si un paciente con historial de condiciones autoinmunes le pregunta a su médico si es seguro para él o ella "vacunarse" con estas "vacunas", y dicho médico no conoce estos estudios, no es señal de ignorancia responder "no lo sé"; es señal de honestidad por parte del médico. Pero si responde (independientemente de que conozca estos y otros casos clínicos publicados) "sí, por supuesto que es seguro", ese médico no está siendo honesto ni está honrando su juramento Hipocrático. La evidencia indica, con mucha contundencia, que las "vacunas" que se están utilizando como estrategia para prevenir Covid-19 no son seguras.

Dada la contundencia de las implicaciones de los estudios, **es sensato que la gente que tiene problemas hepáticos (en particular de origen inflamatorio, que incluye cirrosis, autoinmunidad, infecciones virales crónicas, entre otras causas) tome en cuentan esta publicación y que los médicos que tratan pacientes con estas características también lo consideren antes de recomendar sin miramientos la "vacunación".** De manera general, la tasa de letalidad de Covid-19 es muy baja (0.2%) y existen tratamientos que abordan los mecanismos de patogenia asociados al virus

(antiinflamatorios, anticoagulantes, inmunomoduladores), que son muy efectivos, sobre todo si se dan de forma temprana. **Más del 99% de la gente que se infecta de SARS-CoV-2 sobrevive, pero una hepatitis autoinmune tiene una tasa de mortalidad de 41.4 por 1000 personas-año** (4%).

En un estudio, analizaron los registros electrónicos de casi 50 000 ingresos hospitalarios por Covid-19 en los más de 100 hospitales de veteranos de todo el país. A continuación, comprobaron si cada paciente requería oxígeno suplementario o tenía un nivel de oxígeno en sangre inferior al 94% (este último criterio se basa en la definición de "Covid-19 grave" de los Institutos Nacionales de Salud). Si se cumplía alguna de estas condiciones, los autores clasificaron a ese paciente como con enfermedad de moderada a grave; de lo contrario, el caso se consideró leve o asintomático. El estudio descubrió que desde marzo de 2020 hasta principios de enero de 2021, antes de que se generalizara la "vacunación" y antes de que llegara la variante Delta, la proporción de pacientes con enfermedad leve o asintomática fue del 36%. Sin embargo, desde mediados de enero hasta finales de junio de 2021, esa cifra aumentó al 48%. En otras palabras, el estudio sugiere que aproximadamente la mitad de todos los pacientes hospitalizados que aparecen en los tableros de datos de Covid en 2021 pueden haber sido admitidos por otra razón, o sólo tenían una presentación leve de la enfermedad. Este aumento fue aún mayor en el caso de los pacientes hospitalizados "vacunados", de los cuales el 57% tenía una enfermedad leve o asintomática. Los ancianos registrados como fallecidos por Covid-19 en una residencia canadiense murieron en realidad de sed y desnutrición, dijo una investigación forense.

Según Shira Doron, médico especialista en enfermedades infecciosas y epidemióloga hospitalaria del Centro Médico Tufts, en Boston, y una de las coautoras del estudio, este último hallazgo puede explicarse por el hecho de que los pacientes no "vacunados" en la era de la "vacuna" tienden a ser una cohorte más joven que es menos vulnerable a la Covid y puede ser más probable que se haya infectado en el pasado. La idea en la que se basa el estudio y lo que investiga es importante, dice Graham Snyder, director médico de prevención de infecciones y epidemiología hospitalaria del Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh. Daniel Griffin, especialista en enfermedades infecciosas de la Universidad de Columbia, dice que el uso de otras métricas para la gravedad de la enfermedad, como los ingresos en cuidados intensivos, presenta diferentes limitaciones. Por un lado, los distintos hospitales utilizan criterios diferentes para admitir a los pacientes en la UCI. El estudio sugiere que **los recuentos de hospitalización del Covid no pueden tomarse como una simple medida de la prevalencia de la enfermedad grave o incluso moderada, porque podrían inflar las cifras reales por un factor de dos**.

Un artículo científico, escrito por Pomara y colaboradores expone los algoritmos causales de la OMS para determinar la causalidad de la "vacunación" a la presentación de eventos clínicos. Uno de los puntos más importantes que exponen los científicos es la necesidad de hacer autopsias en las personas que fallecen tras la "vacunación", ya que sin eso, la causalidad es complicada de establecerse. El criterio de la OMS para establecer causalidad entre la vacunación y eventos adversos o muerte se basa en los siguientes pasos: elegibilidad (que la

"vacuna" se haya aplicado antes del evento clínico y no después), lista de verificación, algoritmo y clasificación. Algunas preguntas que se necesitan preguntar y responder de forma científica y clínica son: 1) ¿hay evidencia fuerte de otras causas de lo que ocurrió (requiere un análisis de la historia médica del paciente)?, 2) ¿hay asociaciones causales previas con las "vacunas"?, 3) ¿hay evidencia fuerte en contra de una asociación causal?, 4) ¿hay condiciones pre-existentes y eventos relacionados con vacunaciones previas? Si la relación entre los dos eventos ("vacunación" y evento) persiste, entonces se aplica el algoritmo de la OMS (ver el cuadro de la página 7) y se clasifica en una de 4 categorías: a) consistente relación causal, b) indeterminado, c) inconsistente, d) no clasificable. Aplicando estos criterios, analizan en el estudio, de forma sistemática, dos casos de muerte post-"vacunal" en Italia.

Los autores concluyen que la evaluación de los eventos de efectos adversos es crucial para implementar políticas basadas en evidencia y también para contrarrestar la reticencia a la "vacunación" y las sospechas (en otras palabras, se genera más sospecha y reticencia a aceptar un producto cuando no hay apertura para estudiar los efectos adversos de manera seria. El negarse a aceptar que pueden ocurrir efectos adversos y cerrarse a estudiar estos efectos, daña más la confianza del público en las "vacunas"). Sería esencial que los médicos, los forenses, los hospitales y las agencias de salud de los diversos países conozcan este artículo y los criterios de la OMS, y que los apliquen. De eso trata la medicina basada en la evidencia.

Fundamentalmente, en la actualidad, a la espera de los efectos a largo plazo, las muertes por las "vacunas", se están produciendo por dos razones diferentes:

Algunos miles de personas han muerto a causa de infecciones irruptivas porque las vacunas no son eficaces para prevenir una nueva infección. Lo que ahora está muy claro es que los sueros experimentales no son eficaces. El número de infecciones irruptivas se está acelerando por dos razones. A medida que más personas reciben la "vacuna", un grupo más grande de personas "vacunadas" genera más infecciones. Y con la nula efectividad de dichos sueros, aumentan las probabilidades de contraer una infección importante. Si bien, en general, muchas infecciones irruptivas no causan problemas médicos importantes, en una fracción de los casos las víctimas necesitan hospitalización y algunas mueren.

La otra causa de muerte por "vacunación" son problemas sanguíneos complejos, a saber, diferentes tipos de coágulos sanguíneos, la pérdida de plaquetas sanguíneas y los episodios de hemorragia resultantes que son letales. Hay que pensar en términos de hemorragias cerebrales, accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos.

Otro estudio (382) publicado en Journal of American Medical Association (JAMA) muestra que 1 de cada 100 000 personas tenía miocarditis relacionada con la "vacuna" y 1.8 de cada 100 000 personas tenían pericarditis, en comparación con los datos de los CDC de que 4.8 personas de cada millón sufren miocarditis después de recibir una "vacuna" Covid. En otro estudio, encontraron una **incidencia de miocarditis, de 10 en 10 000, es decir, 1 de cada 1000**; estos

resultados son espeluznantes, imaginemos la cifra real considerando el número total de pinchazos a nivel mundial. Los ataques cardíacos aumentaron un 25% en Escocia desde que se introdujeron los sueros experimentales. Durante el verano, Escocia experimentó un aumento del 25% en el número de personas "completamente vacunadas" que tuvieron que ser trasladadas de urgencia al Hospital Nacional Golden Jubilee en Clydebank con arterias parcialmente bloqueadas, una ocurrencia común entre quienes se inyectan. En una publicación: "***Concluimos que las 'vacunas' de ARNm aumentan drásticamente la inflamación en el endotelio y la infiltración de células T del músculo cardíaco y pueden explicar las observaciones de aumento de trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares después de la 'vacunación'***".

Dra. Linda Wastila: ¿Por qué aceptamos la miocarditis como un efecto secundario aceptable de las "vacunas" Covid? La hizo en la mesa redonda del senador Ron Johnson celebrada en Washington DC, donde médicos, científicos y víctimas de lesiones por la "vacuna" Covid-19 se reunieron para discutir los mandatos de la "vacuna" Covid-19. La grabación completa de este evento tiene una duración de más de 3.5 horas. Una de las presentaciones más poderosas fue la de la Dra. Linda Wastila, profesora de doctorado y directora del Departamento de Investigación de Servicios de Salud Farmacéutica de la Universidad de Maryland.

En su presentación inicial la Dra. Wastila declaró:

Somos ciudadanos que hemos cumplido con nuestro deber cívico, pero cuando sufrimos efectos adversos graves, la FDA, los CDC, los NIH y los profesionales médicos nos dejan 'drogados y secos'. Somos científicos alarmados por el ambiente tóxico en la academia y la publicación científica. Somos líderes militares preocupados por la seguridad de las vacunas en las fuerzas armadas. Somos médicos que queremos tratar a los pacientes afectados por las vacunas, pero cuyas prácticas están limitadas por nuestros empleadores y juntas profesionales. Y somos abogados y defensores de pacientes que buscan ayuda para nuestros clientes lesionados y sus familias. Somos las personas de las que no has tenido noticias. Y no tenemos nada, absolutamente nada que ganar personalmente con estar aquí. De hecho, tenemos todo que perder, incluidos nuestros trabajos, nuestros títulos, nuestros medios de vida. Pero no tenemos la intención de irnos hasta que veamos algún cambio real.

Más adelante en la reunión, la Dra. Wastila dio otra presentación sobre el VAERS (Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas) y la "ciencia de la seguridad de las vacunas". Es muy crítica con los CDC por afirmar sin luggar a dudas que las vacunas Covid-19 son seguras. La declaración que todo el mundo ha escuchado muchas veces de boca de la directora de los CDC, Rochelle Walensky, y que está impresa de manera fraudulenta en el sitio web de los CDC, es: "Millones de personas en los Estados Unidos han recibido "vacunas" Covid-19 bajo el control de seguridad más intenso en la historia de los Estados Unidos".

La Dra. Wastila afirma: "La impresión es que el sistema está tan finamente afinado que incluso se encontrará la aguja más rara en el pajar. Pero me temo que ese no es el caso".

La razón por la que el Senadora Johnson invitó a la Dra. Wastila es porque los medicamentos y la seguridad de los medicamentos es su área de especialización. Ella afirma que el proceso para determinar si hay problemas que deben abordarse en función de los efectos secundarios informados en el VAERS es un proceso muy lento, y utiliza la miocarditis como ejemplo:

"Pasaron cuatro meses en la campaña nacional de vacunas de Israel para reconocer este efecto secundario. Eso es además del hecho de que la miocarditis generalmente ataca a los pocos días de la administración, particularmente la segunda dosis. Entonces, los funcionarios experimentaron este efecto secundario durante meses antes de que los funcionarios reconocieran que la "vacuna" era la causa. Este retraso en la detección, investigación y reconocimiento de los efectos secundarios es normal. Y es devastador. Los pacientes de esta reunión de hoy conocen esa devastación de primera mano. Pero también es devastador porque, a menos que primero reconozca los daños poco después de que ocurran, no puede usar ese conocimiento en la próxima persona que esté a punto de recibir la "vacuna". Me sorprende cuando escucho a la gente descartar la miocarditis como un efecto secundario aceptable, especialmente para los jóvenes. Porque **la miocarditis pone en peligro la vida y es una afección que la incapacita"**. Los CDC admiten que la miocarditis es causada por las "vacunas" Covid-19, pero la descartan como rara.

¿**Por qué seguimos inyectando estas "vacunas" a los niños? ¿Bajo qué posible lógica o ética son aceptables 1784 informes de miocarditis o pericarditis entre personas menores de 30 años**?

Hay muchos más informes de miocarditis o pericarditis después de las inyecciones de Covid-19 que después de TODAS las "vacunas" durante los últimos 30 años registrados en VAERS.

Y **sabemos que esto es solo una fracción de los casos reales porque en el VAERS apenas se informa un 1% de los casos reales, y muchos de estos casos ya han provocado muertes**.

Según los datos que rastrean las visitas a la sala de emergencias en Alemania, a principios de mayo **ha habido un aumento significativo de las admisiones por motivos cardiovasculares; con la mayoría de las semanas por encima del 50% en comparación con los últimos años, este fenómeno ha continuado durante los últimos meses**.

No está claro cuál es el responsable de estas visitas adicionales por motivos cardiovasculares. Sin embargo, ***puede ser una señal de advertencia temprana de una respuesta adversa más generalizada a la "vacuna" Covid***. ***Aproximadamente al mismo tiempo que la campaña de vacunación de Alemania se abrió a los más jóvenes y tuvo un aumento significativo de las "vacunaciones" diarias, comenzó el aumento de las admisiones a la sala de emergencias por razones cardiovasculares***.

Se han observado datos similares en un informe que analiza las respuestas de las ambulancias en Inglaterra. ***El aumento en las llamadas de 'paro cardíaco o respiratorio' comenzó, y se ha mantenido en un nivel elevado, desde finales de junio, cuando se abrió la campaña de "vacunación" Covid a los adultos más jóvenes***.

A finales de septiembre, utilizando datos de ONS, la Dra. Craig destacó que el exceso de muertes en el Reino Unido durante la semana que finalizó el 10 de septiembre de 2021 mostraba **un aumento alarmante en la mortalidad por enfermedades cardíacas**. Específicamente, hubo:

- 24%, muertes por insuficiencia cardíaca que el valor inicial.
- 19%, cardiopatía isquémica.
- 16%, enfermedad cerebrovascular (accidentes cerebrovasculares).
- 18%, otras enfermedades circulatorias.

¿Por qué está pasando esto? ella preguntó. El bloguero y analista político Mike Whitney proporcionó algunas respuestas inquietantes. *"**Las 'vacunas' son un ataque a la infraestructura crítica del cuerpo, el sistema vascular y, en particular, el fino tapiz de células que recubren las paredes de los vasos sanguíneos**"*, dice Whitney. "Las 'vacunas' desencadenan hemorragias, coágulos de sangre y enfermedades autoinmunes".

Y, en caso de que alguien contrarreste la idea de que la mayoría de las personas no sufren problemas cardíacos después de sus inyecciones, Whitney responde: "Es probable que el impacto sea igual de devastador a largo plazo, cuando los anticuerpos se adhieran a los proteínas de pico. Al producir células endoteliales en las paredes de los vasos después de la administración de la 'vacuna', se puede esperar que las proteínas del complemento activadas se adhieran a las células endoteliales y perforen sus membranas celulares y crearán un síndrome de lesión microvascular catastrófico mediado por la activación del complemento".

Resumiendo, dice que esto significa que "**la 'vacuna' crea una situación en la que su cuerpo ataca brutalmente su propio sistema circulatorio generando coágulos de sangre y vasos sanguíneos con fugas**. ¿Crees que puedes vivir con un sistema vascular dañado? ¿Crees que disfrutarás de una vida larga y feliz con un sistema inmunológico que está programado para atacar y matar las células sanas que ahora producen la "proteína pico" patógena? Si es así, entonces por cuánto tiempo; ¿Cuánto tiempo crees que puedes sobrevivir a ese tipo de guerra interna? ¿2 años? ¿5 años? ¿10 años?"

En otras palabras, aquellos que se han inoculado y no han informado ningún evento adverso, solo tienen que esperar una cuestión de tiempo y luego también los afectará.

Las autoridades sanitarias han descubierto y reconocido **reacciones adversas relacionadas con el sistema cardiovascular a partir de las "vacunas" Covid**. Algunas de estas autoridades afirman que las afecciones cardíacas son muy raras y continúan recomendando la "vacunación" sin preocupaciones, mientras que otros países, como: Dinamarca, Noruega, Francia, Suecia o Japón, han limitado su campaña de "vacunación" de alguna manera debido a estos problemas cardiovasculares. Estos problemas cardiovasculares tendían a ser más frecuentes en las personas más jóvenes, y un estudio mostró que ***los niños en la mitad de la adolescencia tenían 6 veces más probabilidades de ser hospitalizados por afecciones cardíacas después de su segunda dosis, que de ser hospitalizados por Covid***. El sistema de informes VARES que rastrea los informes de eventos adversos, **muestra** significativamente más informes de mio / pericarditis **entre los adultos más jóvenes**. ***En comparación con la vacuna contra la gripe, los informes de eventos adversos en general, y de problemas cardíacos en particular, son dramáticamente más altos en asociación con las "vacunas" Covid en comparación con las vacunas contra la gripe***.

En general, se asume que estos eventos cardiovasculares son poco frecuentes y no representan un problema de seguridad significativo con la "vacuna" Covid. Sin embargo, ***la correlación entre las dramáticas admisiones a la sala de emergencias, las respuestas de las ambulancias, los eventos adversos relacionados con los problemas cardíacos y la campaña de "vacunación" Covid no se puede ignorar y necesita más investigación***.

Científicos y médicos como: Roxana Bruno, Karina Acevedo, Peter McCullough, Natalia Prego, Byram Bridle, María José Martínez Albarracín, Mike Yeadon, Manuel Aparicio, Ángel Ruiz-Vadelpeñas y otros, llevan más de un año alertando sobre los efectos negativos que puede producir la proteína Spike de las "vacunas" de ARNm y las vectorizadas. Un creciente número de estudios científicos ha mostrado in vitro e in vivo, con modelos animales, las acciones que desencadena la administración de Spike (tanto la proteína completa que contienen las "vacunas", como subunidades de esta) y han encontrado que **inducen desregulación mitocondrial y muerte celular del endotelio y que afectan el eje renina angiotensina al inhibir la expresión de ACE2, lo que incrementa la tensión arterial**. Muchos han alertado sobre lo que esto **podría ocasionar a nivel del sistema circulatorio, incluyendo la formación de micro trombos, miocarditis aguda e infartos cardíacos**.

Cualquier mención al respecto ha sido ridiculizado, minimizado y censurado en los medios y en la narrariva oficial, a pesar del número inaudito de muertes repentinas de adultos y jóvenes, y casos de miocarditis en jóvenes.

El asunto es que por más que se deseé tapar, lo verdadero se resiste a ser silenciado. La evidencia es tal que el 7 de noviembre de este año, en el Wall Street Journal han sacado una nota que habla de esto. Parece que finalmente han decidido 'investigadores y médicos' estudiar el por qué hay tantos casos de miocarditis aguda post "vacunación". ¡Hasta contemplan la posibilidad de que sea el Spike "vacunal"!

A lo mejor podrían contactar con esos investigadores (y las agencias de Estados Unidos que en la nota indica que están consternadas) a los investigadores que menciono arriba. Podrían acortar el camino y el tiempo para llegar a aceptar lo que ya se sabe desde hace meses, y tal vez, tendrían que preguntarse esas mismas agencias por qué hace apenas una semana autorizaron precisamente esa "vacuna" de ARNm en niños de tan solo 5 años.

Mejor tarde que nunca, sin duda. Eso sí, me pregunto si los "verificadores de noticias" también dirán que esa nota del WSJ está manipulando o mintiendo... Sería interesante que su 'Pepe grillo' finalmente les hablara al oído y sintieran tanta vergüenza por sus acciones que comenzaran a escribir la verdad.

Veamos una buena presentación sobre los **devastadores riesgos para la salud de los sueros experimentales**. Las declaraciones de la Dra. Eads están cuidadosamente formuladas y explicadas.

Dice que **las inyecciones antiCovid y los protocolos de los CDC ya han matado a 500 000 personas**.

"Covid en sí no existe, **pero el diagnóstico erróneo de Covid y la inyección subsiguiente y los protocolos de los CDC están matando en masa**".

La HCQ, la ivermectina, la vitamina D, etc; tratan eficazmente a los pacientes que presentan dolencias mal diagnosticadas como Covid.

"**Los pinchazos, en sí mismos son armas biológicas ya que reducen progresivamente la inmunidad**. **El primero en aproximadamente un 30%, y los golpes posteriores aún más**".

"**Los mandatos y protocolos de Covid de los gobiernos, no tienen que ver con salvar a las personas (especialmente las ancianas y frágiles), sino con matarlas**".

Los Servicios de Salud de Ontario en Canadá publicaron un informe recientemente sobre el número de personas hospitalizadas en la provincia con problemas cardíacos después de la "vacunación" con ARNm. Hasta el 7 de agosto, había 106 casos de miocarditis o pericarditis diagnosticados en personas menores de 25 años en Ontario, poco más de la mitad de todos los casos. Se produjeron unos 31 casos en personas de 12 a 17 años y 75 en personas de 18 a 24 años. La mayoría de los casos, el 80%, se encontraron en hombres. Se informaron más casos de miocarditis o pericarditis después de la segunda dosis de una "vacuna" de ARNm que después de la primera, especialmente después de la "vacuna" Moderna. La autoridad sanitaria recibió un total de 314 informes. Después de un examen, hubo más de 200 casos de este tipo. En Ontario, 202 personas con problemas cardíacos ingresaron en la sala de emergencias después de la "vacunación", y 146 de ellas tuvieron que ser hospitalizadas. Tres de ellos incluso terminaron en cuidados intensivos.

“Siempre recordaré este agosto, como el verano que cambio mi vida. Después de 31 días dejo atrás el hospital y muchas cosas más que se quedan ahí. Salgo con más ganas de vivir que nunca, y con un marcapasos. La ‘vacuna’ contra la Covid, me provocó una miocarditis que afectó a la conducción eléctrica de mi corazón. Aunque mejoré con los días, no lo suficiente para hacer una vida normal”. Es el testimonio de una joven que ha publicado en su cuenta de Instagram todo lo que padeció tras ser inoculada con la “vacuna” contra la Covid-19. Ha tenido que tener una intervención quirúrgica por la gravedad de los efectos adversos que padeció.

Un estudio reciente encontró que la anafilaxia después de la “vacunación” con Covid-19 ocurrió a una tasa de 2.47 por cada 10 000 “vacunaciones”. Este evento adverso grave es el más obvio de todos y debe ser informado por ley. Los CDC sostienen que “la anafilaxia después de la “vacunación” contra la Covid-19 es poco común” y ocurre aproximadamente solo una vez por cada dos a cinco millones de personas que reciben la “vacuna”. Este informe entra en conflicto con el estudio de Brigham, que encuentra que la anafilaxia ocurre de 50 a 120 veces más a menudo de lo que informan VAERS y los CDC. Como mencioné anteriormente, un artículo de 2020 publicado en Vaccine concluye que los eventos adversos graves posteriores a la vacunación no se notifican en un factor de 8.3. En 2021, hay algunos eventos adversos graves que se informan a una tasa que es más de 8.3 veces mayor que en años anteriores. Los CDC y la FDA ignoran estas tasas. Por ejemplo, en años anteriores de informes de lesiones por vacunas, se registró un promedio de solo 1,4 casos de embolia pulmonar después de la vacunación. En 2021, se ha informado de embolia pulmonar 1131 veces.

En otro estudio firmado por el franco-israelí Steve Ohana y la genetista británica Alexandra Henrion Caude; cito literalmente: "Mi nueva investigación con Alexandra revela un pico en el exceso de mortalidad entre los adultos jóvenes israelíes (de 20 a 49 años) en febrero-marzo de 2021. **Este pico coincide con el comienzo de la campaña de ‘vacunación’** en Israel”. Una explicación de este exceso de mortalidad causada por Covid-19 nos parece poco realista dada la inconsistencia observada desde febrero de 2021 entre las muertes por Covid y el exceso de mortalidad en adultos jóvenes. **Otros dos países que se han “vacunado” masivamente (Reino Unido y Hungría) están experimentando un fenómeno comparable, que no se observa en promedio en un grupo de 23 países europeos que han ‘vacunado’ de manera más moderada**. A nivel médico, fuentes recientes establecen el vínculo entre miocarditis y adultos jóvenes. Por otro lado, se observó un aumento del 20-30% en el paro cardíaco en adultos jóvenes israelíes en enero-mayo de 2021 (frente a 2019/2020). **Este cúmulo de observaciones debería conducir a nuestro juicio a frenar la campaña de “vacunación” mientras se aclara el origen del exceso de mortalidad de adultos jóvenes en países que han vacunado masivamente a su población contra el Covid-19**”.

Un reciente estudio, que realiza una revisión de los datos de los ensayos clínicos de las “vacunas” Covid-19 concluye que **no hay datos científicos que demuestren que las “vacunas” puedan mejorar la salud de la población**. No sólo eso, el informe dice que **los datos parecen apuntar en la dirección**

opuesta, infiriendo que hay más daño que bien en recibirlas. Analizando cada una de las "vacunas" individualmente, el estudio se centra en los eventos adversos que se producen después de la "vacunación" con cada una de las "vacunas" actualmente disponibles, y alega que "**el deterioro real de la salud causado por las 'vacunas' es probablemente mucho peor de lo que sugieren la mayoría de las tablas de datos disponibles**". El estudio detalla un problema central con los ensayos de Pfizer, Moderna y Janssen (Johnson & Johnson). Los tres emplean un criterio sustituto de valoración primaria para la salud, llamado: "Infecciones graves por Covid-19". Esto, dice Classen, "demostró ser engañoso" y muchos campos de la medicina han dejado de utilizar criterios de valoración específicos de enfermedades en los ensayos clínicos, y en cambio, adoptaron el criterio de "mortalidad y morbilidad por todas las causas".

La razón de esto es porque si una persona muere a causa del tratamiento o resulta herida, incluso si el tratamiento ayudó a bloquear la progresión de la enfermedad por la que está siendo tratada, el resultado final sigue siendo negativo.

Al analizar nuevamente los datos de los ensayos clínicos de estas "vacunas" antiCovid, utilizando la "morbilidad grave por todas las causas" como criterio de valoración principal, los datos revelan que en realidad causan mucho más daño que beneficio.

El criterio de valoración adecuado se calculó al sumar todos los eventos graves reportados en los ensayos, no solo de Covid-19, sino también todos los demás eventos adversos graves. Al hacer esto, la infección grave por Covid-19 adquiere el mismo peso que otros eventos adversos. De acuerdo con Classen:

"**Los resultados demuestran que ninguna de las "vacunas" proporciona un beneficio y todos los ensayos fundamentales demuestran un aumento significativo en 'todas las causas de morbilidad grave' en el grupo "vacunado" en comparación con el grupo de placebo**.

El grupo "inmunizado" de Moderna sufrió 3042 eventos más severos que el grupo de control. Los datos de Pfizer estaban incompletos, pero los datos proporcionados demostraron que el grupo de "vacunación" sufrió 90 eventos más graves que el grupo de control, cuando solo se incluyeron los eventos adversos "no solicitados". El grupo inmunizado con Janssen sufrió 264 eventos más graves que el grupo de control.

Janssen afirma que su "vacuna" evitará 6 casos de Covid-19 grave que requieren atención médica de los 19 630 "inmunizados"; Pfizer afirma que su "vacuna" evitará 8 casos de Covid-19 grave de los 21 720 "inmunizados"; Moderna afirma que su "vacuna" evitará 30 casos de Covid-19 grave de los 15 210 "inmunizados".

De acuerdo con estos datos, es casi seguro que **la "inmunización" masiva del Covid-19 daña a la población en general**. Los principios científicos dictan que la inmunización masiva con "vacunas" antiCovid-19 debe detenerse de inmediato

porque enfrentamos una inminente catástrofe de salud pública inducida por la 'vacuna'".

Para que las cantidades anteriores sean más claras y obvias, aquí están las estadísticas de prevención en porcentajes: Pfizer 0.00036 %; Moderna 0.00125 %; Janssen 0.00030 %.

Un **abogado** de Ohio, **Thomas** Renz, abogado principal en varios casos importantes entablados contra agencias federales relacionados con fraude y violaciones de los derechos a la libertad médica; ha presentado una denuncia en un tribunal federal de Estados Unidos en nombre de AFLDS, que se basa en una **declaración jurada**, bajo amenaza de perjurio, de una denunciante experta que atestiguó "que **ha habido al menos 45 000 muertes a causa de esta 'vacuna'**", estos números se basan en la cantidad de personas que **murieron dentro de los tres días posteriores a la "vacuna"** en un solo sistema que informa al gobierno federal. Según se sabe, hay alrededor de 11 o 12 sistemas que están reportando muertes y heridos al gobierno y, obviamente, **las cifras reales son "inmensamente más altas"** (383). Algo parecido ha hecho otro abogado, **Michael Green**, ha presentado una demanda colectiva en Hawai, contra los mandatos de "vacunas" del gobernador y el alcalde. **Dice que "la 'vacuna' está matando a personas en todo el país. Existen tratamientos efectivos. No es necesario hacer pruebas a personas asintomáticas porque los CDC dicen que no transmiten el virus"** (384).

Como ha quedado demostrado, el dogma de la supuesta seguridad de las vacunas, también es erróneo, los sueros experimentales, no son seguros. Dado que las lesiones provocadas por las "vacunas" Covid se producen a una escala sin precedentes (y que médicos y científicos creíbles emiten advertencias urgentes sobre los daños a corto y largo plazo), puede resultar cada vez más difícil para la industria de las "vacunas" esconder sus problemas bajo la alfombra estadística. **El exceso de muertes por "vacunas" Covid-19 registra un aumento del 30% en comparación con el promedio prepandémico**.

Todo esto no es nuevo, **en 2005 ya eran conscientes de lo que podían causar estos sueros**:

El pinchazo contra una cepa podría empeorar **la infección con otras**, incluso, se emitió una nota de advertencia para quienes desarrollaban vacunas contra el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). "Algunas vacunas podrían resultar inútiles contra ciertas cepas, o incluso empeorar la infección, sugiere un estudio preliminar".

Varios grupos estaban intentando hacer una vacuna contra el virus. Principalmente, estaban tratando de encontrar formas de exponer a las personas a una proteína en la cubierta del virus, llamada proteína de pico, que le ayudaba a ingresar a las células. Suponían que eso iba a hacer que el sistema inmunológico reconociera el virus durante una infección futura y produjera anticuerpos que lo ataquen.

Gary Nabel del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas en Bethesda, Maryland, y sus compañeros de trabajo inyectaron a ratones con proteína de pico de un virus del SARS tomado de un paciente humano infectado a principios de 2003. Luego recolectaron los anticuerpos producidos por los animales.

En experimentos de laboratorio, **demostraron que estos anticuerpos no podían atacar la proteína de pico de una cepa diferente de SARS, *aislada de un paciente infectado a finales de 2003***. A continuación, el equipo probó si los anticuerpos atacarían proteínas de pico de dos cepas de SARS aisladas de civetas, de las que se cree que el virus saltó originalmente a los humanos. En este caso, ***encontraron indicios de que los anticuerpos en realidad aumentaron la capacidad del virus para infectar células***. El estudio se publicó en las Actas de la Academia Nacional de Ciencias.

"**Una vacuna contra una cepa del virus del SARS pueda resultar ineficaz contra otras. Peor aún, un pinchazo contra una cepa podría incluso agravar una infección con el virus del SARS de civetas u otra especie**", dijo Nabel.

En 1976, las autoridades de salud pública se vieron obligadas a detener el despliegue de una vacuna contra la gripe porcina que se movilizó rápidamente, después de que una avalancha de publicidad negativa y unos 4000 eventos adversos graves (incluyendo el síndrome de Guillain-Barré y la muerte), se hicieran imposibles de ignorar. Con más de medio millón de lesiones causadas por las "vacunas" Covid notificadas ya sólo al VAERS, y muchas más notificadas en todo el mundo, los acontecimientos actuales empequeñecen la "debacle" de 1976 (385).

En un documental de investigación recientemente resurgido, el periodista de 60 Minutes Mike Wallace abordó la historia del desastre de salud pública de 1976 que incluso The New York Times llamó un "fiasco". Comenzó después de que un solo soldado en Fort Dix, Nueva Jersey, contrajera una cepa de influenza y muriera. Lo que no se informó de inmediato fue que el soldado se había levantado de su lecho de enfermo para participar en una marcha nocturna físicamente agotadora en pleno invierno, tras lo cual falleció. En lugar de un esfuerzo excesivo, se culpó a la gripe de su muerte, y no a cualquier gripe: una cepa del virus conocida como H1N1 y denominada "gripe porcina", que en ese momento se pensaba que tenía la capacidad de hundir a los Estados Unidos en una nueva crisis de 1918 que podría causar un millón de muertes. El problema fue que, según 60 Minutes, solo un puñado de otros soldados en Fort Dix contrajeron la gripe porcina, y todos se recuperaron.

No obstante, el evento, combinado con un puñado de informes no confirmados de otros casos de gripe porcina en varios otros países, fue empaquetado como un presagio de destrucción viral y desencadenó una campaña gubernamental masiva en tiempos de guerra para inmunizaciones a nivel nacional utilizando vacunas contra la gripe producidas apresuradamente por un sentido equivocado de urgencia. Al final **resultó que, apresurar la producción de vacunas contra la**

influenza para intentar adelantarse a una crisis de salud aparentemente inminente fue una receta para el desastre.

Como informó Discover Magazine en un artículo de 2013, la prisa con la que se produjo la vacuna contra la gripe llevó a los desarrolladores a usar un "virus vivo" atenuado en lugar de una forma inactivada, lo que aumentaba la posibilidad de que los vacunados desarrollaran efectos secundarios adversos por la inyección. Pero el gobierno no se detuvo a examinar los riesgos y no advirtió al público sobre los posibles efectos secundarios. En cambio, l**os funcionarios del gobierno** afirmaron **que el público no estaría a salvo del flagelo de la gripe porcina hasta que el 80% de los estadounidenses estuvieran vacunados**.

En marzo de 1976, el presidente Gerald Ford anunció en una conferencia de prensa que el gobierno planeaba vacunar a "todos los hombres, mujeres y niños de los Estados Unidos". En abril, Ford promulgó la ley del "Programa Nacional de Inmunización contra la Gripe Porcina" del gobierno federal, un plan de vacunación generalizado con un precio de $ 135 millones. **Después de enfrentar inicialmente la resistencia de los fabricantes de vacunas, las corporaciones solo aceptaron empezar a fabricar después de que el gobierno acordó brindarles protección contra cualquier afirmación de que la vacuna había causado reacciones adversas**.

Meses después, se inició una campaña masiva de relaciones públicas, con publicidad persuasiva que incluía una impresionante lista de políticos y celebridades fotografiados recibiendo la vacuna. Solo 10 semanas después de que se implementaron las vacunas el 1 de octubre, aproximadamente una cuarta parte de la población de EE. UU. (Aproximadamente 46 millones de personas) se había vacunado. **Aparentemente basándose en datos erróneos y una creencia errónea de que la gripe porcina conduciría a una pandemia de escala apocalíptica, los CDC de Senser se aceleraron y lanzaron un plan de vacunación urgente a nivel nacional**.

La respuesta de pánico al potencial de un brote de gripe porcina llevó a la creación apresurada de centros de vacunación que dependían de personal que no era médico para realizar las vacunas en un programa de inmunización generalizado. Al carecer de un número suficiente de profesionales médicos para asesorar a las personas adecuadamente, la configuración de emergencia requirió que los CDC diseñaran un "formulario de consentimiento" que les proporcionara a las personas la información que necesitaban saber antes de recibir el pinchazo. Las hojas de información en ese momento informaron a los estadounidenses que las vacunas se habían probado con éxito. "Lo que no dijo fue que después de que se completaron esas pruebas, los científicos desarrollaron otra vacuna, y esa fue la que se administró a la mayoría de los 46 millones que se inyectaron", señaló el informe de 60 Minutes. "Esa vacuna se llamaba X53A".

Después de que las vacunas se vincularon a lesiones graves, incluidas afecciones neurológicas, Senser dijo que nadie se había informado a sí mismo ni a sus colegas en los CDC de que podría haber riesgo de daño neurológico por las inyecciones. Sin embargo, el **Dr. Michael Hattwick, quien dirigió el equipo de vigilancia para el programa de influenza porcina y los CDC, y cuyo trabajo requería que detectara cualquier daño potencial que pudiera provenir de las vacunas, dijo, "eso es una tontería"**.

En 1976, la administración Ford no cerró la economía nacional. Ni los gobiernos ni las empresas tomaron medidas enérgicas contra las reuniones públicas, impusieron mandatos de máscaras, forzaron el distanciamiento social o cerraron escuelas y lugares de trabajo. El estado de vacunación no se convirtió en un requisito previo para participar en la vida cotidiana. Las vacunas, aunque se instaron, no fueron obligatorias. Pero mientras los funcionarios del gobierno exageraron la urgencia de una crisis de salud pública que resultó ser nada más que los resfriados, la debacle de la gripe porcina fue más o menos un pecado de omisión: **mientras impulsaba la vacunación, el gobierno no informó al público sobre el problema, riesgos o para hacerles saber que la crisis anticipada simplemente nunca se había materializado**.

Después de que decenas de millones de estadounidenses confiados se arremangaron voluntariamente para recibir la vacuna contra la gripe porcina, cientos desarrollaron el síndrome de Guillain-Barré, una enfermedad que induce la parálisis y que también se ha relacionado con las "vacunas" Covid-19.

En octubre de 1976, el programa de vacunación contra la influenza porcina se detuvo en nueve estados después de que **tres personas mayores murieran luego de la inoculación**, solo seis meses después de que el presidente Ford firmara un proyecto de ley que autorizaba el plan de vacunación. En diciembre, el plan se detuvo en todo el país.

Según un artículo publicado por Alex Berenson, un informe filtrado revela que **Moderna** sabe que su inyección antiCovid-19 **ha causado más de 300 000 afectados en 3 meses y los ha ocultado a las autoridades sanitarias**.

Este verano se ha publicado el breve estudio de seguridad y eficacia de la "vacuna" Pfizer-Biontech para Covid-19 hecho por la misma empresa fabricante de la "vacuna". Dicho estudio comprende el seguimiento de tan solo seis meses de los participantes en el mismo, ya que después Pfizer cegó el grupo control (es decir, ofreció a este grupo también la "vacuna").

Si comprobamos en los anexos los datos de mortalidad general en ambos grupos: "vacuna" y control observamos que, aunque similares, son más altos en el grupo "vacuna". Esto es un indicador de que, al menos, **la "vacunación" con este fármaco no supone ningún beneficio** y nos plantea la inevitable pregunta de qué habría ocurrido si el estudio se hubiera prolongado el mínimo tiempo imprescindible: los mencionados dos años.

Si analizamos los datos de mortalidad que aparecen en este estudio, observamos que la **única muerte por neumonía Covid-19 se produce, precisamente en el grupo "vacuna" (fallecimiento sólo por Covid-19 puede deberse únicamente a un test positivo) y que los fallecimientos en este grupo son debidos principalmente a problemas cardiovasculares y sepsis, es decir, fallo del sistema inmune en el sentido de inmunodepresión y ataque al corazón y vasos sanguíneos, tal y como muchos científicos están denunciando y anunciando que ocurriría con estas mal llamadas "vacunas"**.

Biólogos por la Verdad ha hecho pública una lista en su canal de Telegram con más de 150 "estudios y/o reportes científicos sobre los peligros asociados a las "vacunas" Covid-19, relacionados a coagulaciones sanguíneas, miocarditis, pericarditis, trombosis, trombocitopenia y similares".

Cuando el Parlamento Europeo reanudó el lunes 13 de septiembre de 2021, con su primer orden del día un debate sobre la salud y la prevención de enfermedades seguido de una votación el martes, se entregó una carta de notificación de responsabilidad por daños y muerte por las "vacunas" Covid-19. A todos los miembros del Parlamento Europeo y enviado al Director Ejecutivo de la Agencia Europea de Medicamentos. El aviso iba acompañado de un resumen de la evidencia científica más reciente con respecto a las interacciones inmunes entre las "vacunas" y una carta de los sobrevivientes del Holocausto exigiendo el cese del programa de "vacunación" y el fin de la coacción médica ilegal. El aviso decía: "La prisa por 'vacunar' primero y la investigación después lo ha dejado en una posición en la que la política de 'vacunación' contra Covid-19 ahora está completamente divorciada de la base de evidencia relevante".

Un grupo israelí independiente de médicos, abogados, científicos e investigadores llamado Professional Ethics Front informó a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) con respecto a la discusión de la FDA sobre la administración de "vacunas" Covid-19 a niños de 5 a 11 años, expresando "severa preocupaciones" con respecto a la confiabilidad y legalidad de los datos oficiales israelíes sobre la "vacuna" Covid.

"Este documento describe brevemente los principales fallos que conducen a esta desafortunada, aunque inevitable, conclusión", dice el aviso. "Destacamos que podemos ampliar y aclarar más, así como aportar referencias, en relación a cada una de los fallos que se describen a continuación:

- *Falta de un sistema público y transparente de notificación de eventos adversos*. El primer requisito previo para otorgar un permiso para el uso de cualquier nuevo preparado medicinal es la instalación de sistemas de recolección de eventos adversos (EA) que permitan una gestión adecuada de los riesgos y la generación de señales de alarma. Más aún cuando se trata de una campaña de vacunación masiva de un primer uso en humanos de un preparado experimental para los ciudadanos de todo un país, que sirve como modelo global. A pesar de los sistemas tecnológicos avanzados disponibles para las HMO israelíes, y contrariamente a los estándares

comunes en los países occidentales, no existe un sistema de notificación de EA adecuado y transparente en Israel, como el sistema VAERS de Estados Unidos, que sea accesible al público y, por lo tanto, no sea apropiado. seguimiento de los EA que se producen después de la administración de la 'vacuna' Covid-19.

Los profesionales de la salud o los ciudadanos de Israel que deseen presentar informes de EA después de la "vacunación" no pueden hacerlo. Como tal, no existe la posibilidad de que ninguna de estas poblaciones busque también a través de los datos, lo que hace imposible el examen de los EA informados por otros ciudadanos, médicos e investigadores independientes. En cambio, solo hay un formulario de informe de EA en línea disponible en el sitio web del Ministerio de Salud. Este formulario, sin embargo, no fue útil durante muchos meses, ya que no permitía la inclusión de información de contacto personal. El campo de texto libre destinado a describir los EA comprendía un número limitado de caracteres y la lista de síntomas disponible para elegir también era limitada e incluía solo términos EA leves.

Una petición a la Corte Suprema de Justicia de Israel ha llevado al Ministerio de Salud (MOH) a implementar las mejoras necesarias mencionadas anteriormente en el formulario. Lamentablemente, la modificación del formulario se hizo muy tarde, después de que la mayoría de la población adulta ya había sido "vacunada". Además, dado que el informe no se publica de manera transparente, el Ministerio de Salud es el único destinatario y, por lo tanto, el único propietario de los datos y la autoridad para tomar decisiones sobre la utilización y distribución de los mismos.

Además, no se está llevando a cabo ningún seguimiento ni monitoreo ni siquiera de las poblaciones más sensibles, como las mujeres embarazadas y los ancianos. Por ejemplo, como parte del 'Programa Nacional de Protección de la Población Mayor del Programa Covid-19 en Israel, se activó un sistema de informes en abril de 2020, que presentaba informes detallados casi a diario sobre las erupciones del Covid-19, las hospitalizaciones y la mortalidad en enfermería. hogares. Sin embargo, el 29 de diciembre de 2020, el mismo día en que comenzó la campaña de "vacunación" en los hogares de ancianos, la publicación de estos informes se interrumpió abruptamente y nunca se ha reanudado desde entonces.

- *Deficiencias graves en el sistema de notificación de eventos adversos de los profesionales de la salud*. Revelamos que los médicos y los equipos médicos en Israel encuentran grandes obstáculos cuando intentan informar EA luego de la vacunación Pfizer-BioNTech Covid-19 al Ministerio de Salud. Tenemos testimonios de médicos, que dan fe de la complejidad de completar los informes de EA al Ministerio de Salud, afirmando que informar es casi impráctico en las condiciones de trabajo increíblemente estresantes de los equipos médicos en Israel durante este período. Como resultado de estas tremendas dificultades, los profesionales de la salud en Israel no notifican

de manera inmensa los EA, y los EA rara vez se notifican en casos excepcionales. Los testimonios de los médicos que hemos obtenido también muestran que los EA notificados no se publicitan abiertamente ni se ponen a disposición de los propios profesionales de la salud.

Aún más preocupante es el hecho de que los pocos informes, que el Ministerio de Salud israelí publica sobre los EA observados después de recibir la vacuna Pfizer-BIONtech Covid-19, no concuerdan con los testimonios de los médicos sobre los eventos adversos graves (AAG) que ellos ellos mismos han informado al Ministerio de Salud. Así, por ejemplo, en una discusión ante el Comité Asesor de la FDA el 17 de septiembre de 2021, el jefe de los Servicios de Salud de Israel, el Dr. Alroy-Preis, afirmó que solo se observó un caso de miocarditis después de la tercera dosis de vacuna. de tres millones de personas que recibieron la tercera dosis de vacuna en Israel. Esta afirmación no concuerda con los hallazgos de investigaciones de todo el mundo, incluidos los hallazgos de Israel, que se publicaron en la literatura médica, según el cual la tasa de miocarditis observada después de recibir la "vacuna" Pfizer-BioNtech Covid-19 es de 1: 3000-6000. La afirmación del Dr. Alroy-Preis también contrasta con los informes dados por un puñado de valientes médicos israelíes sobre casos de miocarditis y otros AAG observados en las proximidades de la "vacuna" Pfizer-BioNtech Covid-19.

Uno de estos médicos, el Dr. Yoav Yehezkelli, quien fue uno de los fundadores del Equipo de Manejo de Brotes de Israel, escribió en su página de Facebook que trató personalmente en su clínica a un niño de 17 años, que sufría de miocarditis varios días después la tercera dosis de la vacuna, y sabe de dos casos adicionales entre los compañeros de clase del niño. El Dr. Yoav Yehezkelli agregó que denunció el caso de miocarditis que trató (y casos adicionales de EAG) al Ministerio de Salud a través del sistema de informes en línea, así como a través de informes personales a los funcionarios del Ministerio de Salud, pero sus informes fueron rápidamente desestimados por no tener ningún vínculo con la vacuna, sin un examen completo de los casos. El Dr. Yehezkelli también mencionó que se encontró con otros pacientes en su clínica, que fueron hospitalizados después de sufrir EA muy cerca de recibir las "vacunas" Covid-19 de Pfizer-BioNTech. y el hospital supuestamente no reportó dichos EA al MINSA. Tenemos declaraciones juradas de otros nueve médicos, que también han tratado casos de miocarditis o conocen tales casos, pero han abandonado sus intentos de informar al Ministerio de Salud habiendo abordado una inmensa dificultad o, alternativamente, informado al Ministerio de Salud y no obtuvo ninguna respuesta. Es estadísticamente improbable que una pequeña cohorte de médicos presencie estas muchas lesiones causadas por la "vacuna" Covid-19 si la afirmación del Dr. Alroy-Preis fuera precisa.

- *Distorsión de datos*. Recientemente, se han revelado dos incidentes graves en los que se distorsionaron los datos presentados por el Ministerio de Salud.

El primero fue la eliminación de miles de respuestas de ciudadanos a una publicación del Ministerio de Salud. En respuesta a una publicación del Ministerio de Salud que decía 'Hablemos de los eventos adversos', y afirmaba que la “vacuna” es completamente segura y que los eventos adversos graves son extremadamente raros, se publicaron decenas de miles de respuestas del público, con muchos eventos adversos informados, incluidos los eventos adversos graves, que sufrieron después de la “vacuna”. Pero en lugar de examinar las respuestas y abordarlas, aproximadamente la mitad de ellas se eliminaron.

El segundo evento ocurrió hace unas dos semanas. Según los datos del panel de control del Ministerio de Salud, un análisis realizado por miembros del Consejo de Emergencia Pública de Israel para la Crisis de la Corona (PECC) demostró que la efectividad de la tercera dosis de la “vacuna” Pfizer-BioNtech Covid-19 es mucho menor que la afirmada en la revista New England Journal of Medicine. estudio presentado por la Dra. Sharon Alroy-Preis al panel de la FDA el 17 de septiembre de 2021. Dentro de las 24 horas posteriores a la publicación del análisis PECC, se reescribió por completo el historial de datos relevantes del tablero. El PECC publicó capturas de pantalla de los datos originales y "rectificados".

- *Violaciones legales y éticas en los procesos de recopilación de datos*. No solo los datos provenientes de Israel con respecto a la seguridad y eficacia de la “vacuna” PfizerBioNtech Covid-19 aparentemente no son confiables, sino que también el método de recopilación es controvertido y se afirma que no es legal ni ético. Las “vacunas” Pfizer-BioNtech Covid-19 se administran a la población israelí sin su consentimiento informado, que es requerido por el capítulo de GCP de IHC-6 y se lleva a cabo en otros países. Esta es una clara violación de las Reglas del Código de Nuremberg, la Declaración de Derechos del Paciente y las directivas del Ministerio de Salud de Israel para los ensayos clínicos en humanos. Además, los ciudadanos israelíes están bajo una tremenda presión para “vacunarse”, casi hasta el punto de la coacción.

  Si el 'El equipo de gestión de brotes 'decide una tercera dosis de la vacuna para los pacientes inmunodeprimidos, no está claro cuántos podemos vacunar y requiere la aprobación del comité de Helsinki (comité de aprobación de ensayos médicos) y la aprobación de Pfizer. Estamos comprometidos con Pfizer, de “vacunar” solo con el régimen de vacunación establecido por ellos”. Esta es una declaración hecha por el Prof. Hezi Levi, ex director ejecutivo del Ministerio de Salud de Israel el 5 de julio de 2021. La conclusión evidente es que la operación de la tercera dosis de “vacuna” es un experimento que requiere la aprobación del Comité de Helsinki a cargo de aprobar experimentos médicos humanos en Israel. Nunca se ha emitido tal aprobación. Además, la operación de la tercera dosis de vacuna se refiere solo a la población inmunodeprimida y, por lo tanto, es aún más poco ética en individuos sanos, especialmente en individuos jóvenes sanos.

Estamos profundamente preocupados por el hecho de que el Comité de Seguridad de las Vacunas (VSC) no haya cumplido con su función designada. El VSC es responsable en Israel de la seguridad de las vacunas y el brazo oficial designado para monitorear y recopilar datos de seguridad. No ha emitido un solo documento de posición en su nombre ni ha levantado una sola bandera roja para dar a conocer / llamar la atención sobre los casos de SAE y nunca se ha reunido en pleno montaje. Además, uno de los representantes públicos, que es un pediatra (alergólogo, inmunólogo), nunca supo que estaba designado y no asistió a ninguna de las reuniones, incluso cuando se llevaron a cabo".

El Frente de Ética Profesional de Israel concluye su notificación a la FDA: "De acuerdo con la percepción aceptada establecida después de la Segunda Guerra Mundial, no se debe confiar en los hallazgos de experimentos obtenidos de manera ilegal e inmoral. Creemos que las mismas reglas deberían aplicarse a los hallazgos del experimento actual en Israel, ya que estos hallazgos se obtuvieron a través de importantes infracciones legales y éticas. Nuestra conclusión se ve reforzada por las dudas significativas sobre la confiabilidad de los datos reportados por Israel, como se detalla anteriormente, y la consiguiente gran preocupación de que su uso pueda ser engañoso y, por lo tanto, interrumpir los procesos de toma de decisiones relacionados con las "vacunas".

"En el Libro de Levítico, se dice 'No te quedes de brazos cruzados mientras se derrama la sangre de tu prójimo'. En el espíritu de esas palabras, imploramos al comité que tome en consideración nuestras advertencias urgentes y adopte la máxima precaución al referirse a los datos israelíes sobre la seguridad y eficacia de las 'vacunas' Covid-19 de Pfizer-BioNtech".

La Dra. Orly Weinstein, subdirectora y jefe de la División de Hospitales de la HMO israelí (Kupat Holim) Clalit, dijo a Channel 12 News que debido a que Israel se 'vacunó' primero, "tiene un precio, usted se beneficia de las ventajas y sufre de las desventajas".

Cuando el entrevistador le pidió más detalles, Weinstein dijo que se trataba de "el seguimiento a largo plazo", y admitió que "si los efectos adversos a largo plazo generalmente se examinan en el ensayo clínico, aquí se probarán los efectos a largo plazo, ya sabes, en personas que han sido vacunadas. Esta es una desventaja que todos tomamos en cuenta. Si. No hay nada nuevo aquí".

El Consejo de Emergencia Pública de Israel para la Crisis de Corona respondió a la entrevista, diciendo: "Nos sorprendió escuchar a este funcionario de salud israelí decir 'todos tomamos en cuenta que esto era un experimento'. Bueno, el público israelí no lo hizo".

El Consejo de Emergencia Pública de Israel para la Crisis de Corona respondió a la entrevista, diciendo: "Nos sorprendió escuchar a este funcionario de salud israelí decir 'todos tomamos en cuenta que esto era un experimento'. Bueno, el público israelí no lo hizo".

El Consejo continuó diciendo: "Los israelíes nunca firmaron consentimientos informados y fueron arrojados a una rueda de falsa propaganda y coerción: mintieron al público desde el primer día con 'seguro y efectivo' (mientras estaban y todavía están probando si es…), 'aprobado por la FDA' (cuando solo había un EUA) y mucho más.

"Ahora, de repente, encuentran el descaro de decir que todos sabíamos ..."

"Ningún análisis sofisticado compensa los datos basura. Si los números no representan nada, su análisis estadístico no significa nada y el análisis de riesgo-beneficio no vale nada".

El neurocientífico computacional israelí Holzer publicó un análisis y demostración del sistema y los datos de informes de seguridad de la "vacuna" Covid-19 del Ministerio de Salud de Israel, concluyendo que "sus datos no valen nada" y "su recopilación de datos de eventos adversos es una fachada, lo que evidentemente resulta en enormes infraregistro".

Holzer continúa: "Algunos lectores pueden preguntarse: '¿Por qué me importaría lo que afirman las autoridades israelíes? ¿Por qué me molestaría en leer material hebreo? El caso es que la FDA de Estados Unidos (habría que decir también, que la EMA a su vez, se basa en los datos de la FDA y, por tanto, para los europeos, también son importantes los datos de Israel) se basa en datos israelíes, por lo que cualquier manipulación de los datos israelíes afecta a la seguridad de sus hijos".

Con respecto al sistema de notificación de eventos adversos a las vacunas de Israel, Holzer dice: "A diferencia del VAERS de EE. UU. Y Eudravigilance de la UE , que son públicos y transparentes, Israel no tenía nada de eso. Crearon un enlace para llenar formularios, que, supuestamente, se enviarán a las autoridades para su seguimiento".

El número de referencia se crea al cargar la página, no después del envío, por lo tanto, no vale nada; sin necesidad de datos identificativos. Lo que significa que no se puede verificar. ¿Todos los informes ingresan al sistema? Si informo 100 muertes, ¿aparecerá mañana?

Holzer aconseja caritativamente que "supongamos que el archivo va a alguna parte y alguien lo ve. ¿Qué puede hacer él / ella? No hay datos personales, por lo que no hay forma de validar el informe. Y cuando los proporcioné, hace un mes, nadie volvió a llamar.

"Así que definitivamente no verifican el informe y ni siquiera fingen hacerlo (ya que no requieren detalles de identificación). ¿Qué pueden hacer? Sólo decide de alguna manera mágica qué es verdadero y qué es falso, qué está relacionado y qué no".

Holzer agrega "una palabra muy importante sobre 'relacionado': no se deje engañar por los médicos que 'saben' que algo no está relacionado. No tienen

forma de rastrear el círculo de eventos. Simplemente significa que no se enteraron del aumento en la prevalencia de tales eventos después de la 'vacuna'; corolario: Es probable que sea una coincidencia".

"Pero mientras descarte los eventos porque no sabe que están relacionados, no verá ningún aumento en las estadísticas. Este es un razonamiento circular que nos impedirá comprender lo que está sucediendo (a menos que por alguna razón externa aparezca una señal)".

"Por ejemplo, antes de que se procesara el signo de miocarditis (finales de abril), probablemente todos esos casos fueron descartados como 'no relacionados'. Quizás incluso algunos de esos eventos graves 'no relacionados' en el ensayo clínico de Pfizer fueron en realidad miocarditis".

Holzer continúa su presentación pasando de lo que él llama "métodos" a "resultados": "¿Recuerda que dije que claramente se considera que sus números están subestimados?

"1) *Efectos secundarios comunes*. El 30 de abril, el Ministerio de Salud de Israel publicó un documento sobre seguridad, basado en más de 5 millones de golpes. El número máximo de efectos secundarios comunes (no graves) es 287 / millón o ~ 0.03%. Compare esto con los datos de Pfizer, 15% -30%. Información deficiente clara por un factor de ~ 100. Simplemente a nadie le importaba informar y / o a nadie le importaba recopilar los datos. No es tan importante, ya que esos efectos no ponen en peligro la vida y su prevalencia es bastante conocida por el ensayo. Pero presentar eso como datos recopilados es ridículo".

"2) *Eventos adversos graves*. En un informe similar, el Ministerio de Salud de Israel afirma comparar el número de todos los eventos de tipo X dentro de un mes después de la 'vacunación' con un mes normal. Recuerde: solo comparando el número de todos los eventos podemos saber si la incidencia ha cambiado, no solo aquellos que alguien piensa que están relacionados. Afirman que en el mes posterior a la vacunación solo hubo 0.2 / M ataques cardíacos, mientras que en un mes habitual hay 160? ¿Se vaciaron los hospitales y todos los médicos se fueron a las Maldivas? Por supuesto no. La comparación es injusta. Enumeran solo una fracción muy pequeña de eventos, probablemente solo aquellos que un médico decidió que están "relacionados", y descartó el resto.

"Así que, básicamente, comparan los eventos relacionados confirmados por un médico con un mes habitual y afirman: ¡Vaya, hay menos eventos relacionados confirmados por el médico en comparación con el número habitual! Pero afirman enumerar todos los eventos, independientemente de si están relacionados. Simplemente ridículo".

"3) *Evidencia directa de informes ignorados*. El 30 de septiembre de 2021, el Ministerio de Salud de Israel publicó una publicación en Facebook, afirmando solo 19 (sí, diecinueve) 'eventos adversos significativos'. La publicación recibió miles de respuestas, de las cuales cientos / miles informaron sobre su propia experiencia.

“Menciona que hasta el 30 de septiembre de 2021, se administraron 3.4 millones de 'dosis de refuerzo' en Israel, y 2.2 millones se administraron un mes antes. Pero solo conocen 19 casos ... ".

Holzer continúa: “Identificar señales de eventos adversos es una tarea muy desafiante; la identificación de la miocarditis tardó varios meses. No puede confiar en los datos de dos meses. Además de eso, la recopilación de datos de Israel es desordenada, no transparente y, evidentemente, falta".

Holzer concluye: “No se debe confiar en los datos israelíes. Luego, compilan esos números en formato de documento científico y lo presentan como "ciencia". Pero ningún análisis sofisticado compensa los datos basura. Si los números no representan nada, su análisis estadístico no significa nada y el análisis de riesgo-beneficio no vale nada”.

National Public Radio (NPR) está asombrada por un gran aumento en las admisiones a la sala de emergencias en los Estados Unidos. Aunque es dolorosamente obvio que los estadounidenses "completamente vacunados" se están enfermando en masa, NPR lo está atribuyendo todo al misterio.

En Lansing, Michigan, por ejemplo, Sparrow Hospital está viendo un enjambre masivo de pacientes muy enfermos que tienen que hacer fila en camillas en los pasillos de las instalaciones debido a la escasez de camas disponibles.

"Es difícil de ver", dijo Tiffani Dusang, directora de enfermería de la sala de emergencias. “Siempre me siento muy, muy mal cuando camino por el pasillo y veo que la gente tiene dolor, necesita dormir o necesita tranquilidad. Pero tienen que estar en el pasillo con, como pueden ver, 10 o 15 personas caminando cada minuto”.

Al comienzo de la "pandemia", **mucho antes de que las llamadas "vacunas"** estuvieran disponibles a través de la "Operación Warp Speed", **el Hospital Sparrow era bastante normal**. Sin embargo, una vez que los pinchazos se generalizaron, los enfermos realmente comenzaron a llegar.

Resulta que la mayoría de los hospitales estadounidenses estaban tan vacíos como podían estar antes de la liberación de los sueros. Fue solo después de que las inyecciones se distribuyeron ampliamente que los hospitales de todo el país comenzaron a inundarse con nuevos pacientes.

Los médicos y enfermeras dicen que la gravedad de las enfermedades de los pacientes está por todas partes. Algunos pacientes se quejan de dolor abdominal, mientras que otros tienen problemas para respirar.

También hay montones de coágulos de sangre, que se han convertido en una ocurrencia común en las personas a las que se les inyecta el suero.

También hay una oleada de pacientes que sufren eventos cardiovasculares, **suicidios fallidos, insuficiencia orgánica aguda y una serie de síntomas debilitantes**. Muchos de estos pacientes ya no pueden trabajar y tienen problemas para pasar el día.

A medida que los EE. UU. Se acercan a la temporada de invierno, las admisiones hospitalarias han aumentado casi un 20%, según el informe, a pesar de haber disminuido durante el verano, cuando la gente estaba al sol y al calor. Esto sugiere que una vez que el invierno entre en pleno apogeo, será oscuro en lo que respecta a la salud pública.

"**Es un indicador temprano de que lo que está sucediendo en el servicio de urgencias es que estamos viendo** más casos agudos **que antes de la pandemia**", dijo Caleb Cox, científico de datos de Epic Health Research Network.

"Aunque estamos viendo que los volúmenes generales vuelven a la normalidad durante el verano aquí, vemos que las condiciones más agudas siguen siendo más altas que las normales prepandémicas, mientras que las condiciones de menor agudeza aún permanecen por debajo de lo normal prepandémico".

La revista médica líder, The British Medical Journal (BMJ) ha publicado ***un informe que expone datos falsos, fallos de ensayos ciegos, "vacunadores" mal entrenados y un mal seguimiento de las reacciones adversas en el ensayo de fase tres de la "vacuna" Covid de Pfizer/BionTech.***

En el centro de la exposición se encuentra Brook Jackson, quien, durante dos semanas, se desempeñó como directora regional en Ventavia Research Group, la compañía contratada para ayudar con la prueba fundamental. Ella proporcionó a The BMJ docenas de documentos internos de la compañía, fotos, grabaciones de audio y correos electrónicos que respaldan sus inquietudes.

Jackson revela que el personal de Ventavia que realizó controles de calidad **estaba abrumado por el volumen de problemas que estaban identificando**. Informó repetidamente a sus superiores sobre la mala gestión del laboratorio y los problemas de seguridad del paciente e integridad de los datos.

En un documento interno citado de agosto de 2020, poco después de que comenzara el ensayo de Pfizer, un ejecutivo de Ventavia identificó a tres miembros del personal del sitio con quienes "revisar el problema del diario electrónico/falsificación de datos, etc" Se dijo que un empleado fue posteriormente "aconsejado verbalmente para cambiar los datos" y "no notar la entrada tardía".

Jackson informó sobre sus preocupaciones a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA), pero fue despedida más tarde el mismo día sobre la base de que "no encajaba bien".

En una grabación de una reunión de finales de septiembre proporcionada por Jackson, en la que se reunió con dos directores de Ventavia, se discutió abiertamente la inoportuna perspectiva de una inspección de la FDA. "Vamos a recibir algún tipo de carta de información al menos, cuando llegue la FDA, lo sé", le dijo uno a Jackson.

Otro ex empleado de Ventavia ha confirmado que la compañía esperaba una auditoría federal de su prueba de vacuna Pfizer, aunque esto no se materializó nunca. Un informe del año 2007, hecho por el Departamento de Salud de Estados Unidos encontró que, **entre el año 2000 y 2005, la FDA inspeccionó sólo 1% de los sitios de ensayos clínicos**, **mientras que, en** 2020, **sólo 50 visitas in situ se llevaron a cabo**.

Un correo electrónico enviado en septiembre a Ventavia por Icon, la organización de investigación con la que Pfizer se asoció en la prueba, muestra que Icon no estaba satisfecho con la incapacidad de Ventavia para mantenerse al día con las consultas de entrada de datos. Icon recordó a Ventavia que: “La expectativa de este estudio es que todas las consultas se atiendan en 24 horas”, y señaló **que más de 100 consultas habían permanecido pendientes durante más de tres días**.

Entre esas consultas había dos casos en los que los sujetos de prueba habían "informado con síntomas/reacciones graves". De acuerdo con el protocolo, se debería haber contactado a los sujetos que experimentan reacciones locales de grado tres (enrojecimiento, hinchazón o dolor "severo" en el lugar de la inyección). Icon solicitó confirmación sobre si efectivamente se había hecho contacto, para "conocer más detalles y determinar si una visita al sitio está clínicamente indicada", y que los formularios de los sujetos se actualicen en consecuencia.

El día después de su reunión con sus directores, Jackson presentó una queja a la FDA. Enumeró una docena de problemas que había presenciado personalmente, incluidos: "**Los participantes fueron colocados en un pasillo después de la inyección y no fueron monitoreados por el personal clínico", "la falta de seguimiento oportuno de los pacientes que experimentaron eventos adversos", "las desviaciones del protocolo", "las 'vacunas' no se almacenan a la temperatura adecuada", "muestras de laboratorio mal etiquetadas" y la selección por parte de Ventavia del personal que informó estos problemas**.

La denuncia de Jackson ha sido reforzada por varios ex empleados de Ventavia que desde entonces se han ido o han sido despedidos de la empresa. Desde entonces, un ejecutivo presente en la reunión de septiembre se disculpó con ella, asegurándole que todo de lo que se había quejado era "acertado".

Dos de esos empleados hablaron de forma anónima con The BMJ, confirmando aspectos generales de la denuncia de Jackson. Una, que ha trabajado en más de cuatro docenas de ensayos clínicos durante su carrera, dijo que nunca había experimentado un entorno de trabajo tan "desordenado" como el que encontró

durante el ensayo de Pfizer con Ventavia. También confirmó que los problemas señalados por Jackson habían persistido en la empresa después de su despido. Por ejemplo, en varios casos, no hubo suficientes empleados para limpiar con hisopo en busca de infección a todos los participantes del ensayo que informaron síntomas similares a los de Covid.

"Nunca tuve que hacer lo que me pedían que hiciera, nunca. Parecía algo un poco diferente de lo normal: las cosas que se permitían y se esperaban", dijo el empleado a The BMJ. "No creo que fueran buenos datos limpios [los que generó la prueba]. Es un lío loco".

El segundo ex empleado se hizo eco de los comentarios del primero y describió el entorno en Ventavia como diferente a cualquiera que hubieran experimentado en sus 20 años de carrera como investigador. También alegaron que, poco después del despido de Jackson, se notificó a Pfizer sobre problemas con el ensayo de la vacuna en Ventavia y que se llevó a cabo una auditoría.

Sin embargo, en el documento informativo que Pfizer presentó al comité asesor de la FDA en diciembre de 2020 en apoyo de su solicitud de autorización de "vacuna" para uso de emergencia, no se mencionó ningún problema en Ventavia. Al día siguiente se otorgó la debida autorización.

En agosto de este año, después de que se otorgó la aprobación total para la "vacuna" de Pfizer, la FDA publicó un resumen de sus inspecciones de los sitios de prueba de vacunas de la compañía. Nueve de los 153 habían sido inspeccionados, pero ninguno de ellos había sido operado por Ventavia, y no se había realizado ninguna inspección en los ocho meses posteriores a la autorización de emergencia de diciembre de 2020, sobre la base de que "el estudio estaba en curso y los datos necesarios para la verificación y la comparación aún no estaban disponibles".

Desde entonces, Pfizer ha contratado a Ventavia como subcontratista de investigación para trabajar en otros cuatro ensayos clínicos: el uso de la vacuna Covid-19 en niños y adultos jóvenes; un ensayo de la "vacuna" Covid-19 en el que participaron mujeres embarazadas; una prueba de dosis de refuerzo contra el Covid-19; y una prueba de un pinchazo para el virus respiratorio sincitial.

Los medios españoles, tanto los convencionales como los "alternativos", han guardado un escrupuloso mutismo sobre la falsificación de los ensayos clínicos de la vacuna por parte de Pfizer.

En otros países la ocultación no ha sido posible, pero los medios le han dado la vuelta para cargar las tintas conta la denunciante, Brook Jackson, poniendo en duda su veracidad o su idoneidad. Es el viejo truco de "matar al mensajero" porque las multinacionales son intocables, sobre todo las que han convertido la salud en un mercado.

Algo tan grave como la falsificación de un ensayo clínico hubiera sido más que suficiente para frenar en seco la "vacunación" e iniciar una investigación, pero no

ha ocurrido nada de eso. No obstante, el fraude ha colmado el vaso de la paciencia de algunos incondicionales de las vacunas, como 16 médicos e investigadores suecos, que han firmado un llamamiento en el que califican como "extremadamente grave" la denuncia del British Medical Journal.

"Esto hace añicos la confianza en Pfizer, responsable de las pruebas de la vacuna, y la seguridad de la "vacuna" que actualmente utilizan los suecos, entre ellos cientos de miles de niños", escriben los médicos.

La magnitud de los presuntos efectos secundarios notificados de la "vacuna" contra el coronavirus es también "gigantesca", aseguran. En Suecia, durante los primeros diez meses de "vacunación", se han notificado 83 744 efectos secundarios, **un cifra que multiplica por 10 los que se han notificado en los años anteriores para todos los medicamentos y vacunas, un total de unas 25 000 sustancias**.

"La fuerte sospecha de que algunas partes del ensayo de la 'vacuna' de Pfizer no se llevaron a cabo de forma científicamente aceptable y de que los resultados del estudio no pueden considerarse fiables, se combina con la gran magnitud de los presuntos acontecimientos adversos notificados", afirman en su escrito.

Los médicos, investigadores e inmunólogos están muy preocupados, especialmente por los niños, que tienen un riesgo extremadamente bajo de padecer la enfermedad Covid-19, pero que corren el riesgo de sufrir efectos secundarios graves.

"Nuestra conclusión es que ***la 'vacunación' contra el coronavirus en Suecia debe detenerse*** hasta que se realicen los cálculos de riesgo/beneficio para todos los grupos de edad. Nuestra posición se adopta a la luz de la revelación del BMJ [British Medical Journal] y de lo que hoy sabemos sobre los riesgos para el paciente", concluyen.

Se ha publicado un vídeo y también algún artículo en homenaje a las víctimas de las "vacunas" y me gustaría recordarlos (387) (388) (389); **en señal de profundo respeto. De igual forma, también, me gustaría recordar a todas aquellas personas que aunque no han muerto, sí han sufrido las terribles consecuencias de inyectarse los sueros experimentales y que han visto como su vida** se ha convertido en un infierno (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396). En este enlace a un canal de una publicación digital, podemos ver y escuchar los testimonios de médicos y afectados por las "vacunas".

"Es un niño de mierda": el funcionario de Johnson & Johnson dice que los niños no deberían recibir los sueros debido a 'repercusiones desconocidas'. Project Veritas publica la tercera entrega de su serie sobre expertos en "vacunas", esta vez grabando de manera encubierta a dos funcionarios de Johnson & Johnson diciendo que los niños no deberían tomar el pinchazo de Covid-19.

"Los niños no deberían recibir una puta 'vacuna' [Covid]", dijo el líder comercial regional, Brandon Schatt.

"Es un niño, simplemente no haces eso, ¿sabes? No es algo tan desconocido en términos de repercusiones en el futuro, ¿sabes?".

Schadt también dio a entender que el gran impulso para "vacunar" a los niños tiene que ver con el dinero, no con la seguridad pública.

Otro empleado de J&J, el científico Justin Durrant, dijo explícitamente "No te pongas la vacuna Johnson & Johnson [Covid], no te lo dije".

En cuanto a los niños, Durrant dijo que "no haría tanta diferencia".

También comentó sobre la campaña de presión para restringir los privilegios sociales para los no "vacunados".

"Es casi como, eres casi un ciudadano de segunda clase si no estás 'vacunado', no puedes hacer nada que pueda hacer un ciudadano normal", agregó. "Si no puedes trabajar, siento que es un castigo suficiente ... La única forma en que la gente realmente actúa y cumple es si afecta sus bolsillos, como si trabajas para una gran empresa y vas a perder tu trabajo, mejor creo que seré el primero en la fila [en recibir la 'vacuna' Covid]… Eso es lo que estamos haciendo".

Hace poco el proyecto Veritas, también sacó otro vídeo muy esclarecedor. En esta ocasión es una entrevista con Jodi O'Malley, que trabaja como enfermera registrada en un Centro Médico Indio local. O'Malley le contó al fundador de Project Veritas, James O'Keefe, lo que ha estado sucediendo en su lugar de trabajo. Grabó a sus colegas del HHS discutiendo sus preocupaciones sobre las "vacunas" Covid para corroborar sus afirmaciones, no tiene desperdicio.

Los científicos que trabajan para Pfizer han sido captados en un vídeo **que indica que los anticuerpos naturales son mucho mejores que la "vacuna" Pfizer para combatir la Covid-19**. En imágenes grabadas con cámara oculta publicadas también por el proyecto Veritas, Nick Karl, un científico que trabaja para Pfizer, afirma que los anticuerpos naturales son mucho mejores porque atacan todo el virus, en lugar de una sola pieza del virus que es el objetivo de las "vacunas" Covid-19.

Otros dos científicos que trabajan para Pfizer también fueron captados en vídeo. Rahul Khandke, un científico de Pfizer, afirmó que: "**Nos enseñaron a decir cosas como que la "vacuna" es más segura que contraer Covid**, si tienes anticuerpos, deberías poder demostrar que los tienes". Mientras que Chris Croce, científico principal de Pfizer, dijo que siente que trabaja para "una corporación malvada" y que las personas "vacunadas" todavía se enferman porque sus anticuerpos producidos por la "vacuna" están disminuyendo, y no tiene nada que ver con la famosa variante Delta.

Ha aparecido un vídeo "muy interesante" de octubre de 2019, que ha hecho público Alex Jones en infowars.com. En él, Fauci y otros planificaron una "**vacuna de ARNm universal contra la influenza" que se convirtió en la "vacuna de**

ARNm de Covid-19" porque la gente no temía lo suficiente al virus de la gripe.

El videoclip que mostraron es de un evento, en el que destaca un diálogo de 1 minuto y 51 segundos entre el moderador, Michael Spectre, un periodista que es redactor del equipo de New Yorker y también profesor adjunto de bioingeniería en la Universidad de Stanford, Anthony Fauci, director de el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, y Rick Bright, director de la Autoridad de Desarrollo e Investigación Biomédica Avanzada del HHS (BARDA).

En este breve clip, que fue extraído de la mesa redonda de una hora, Anthony Fauci explica que **traer un nuevo tipo de vacuna sin probar, como una vacuna de ARNm, tomaría al menos una década** ("si todo sale perfectamente") para pasar ensayos adecuados y ser aprobados por la FDA. Él lo sabría, porque había estado tratando de hacerlo durante aproximadamente una década para entonces (octubre de 2019), tratando de desarrollar una vacuna basada en ARNm para el VIH. Pero ahora estaban discutiendo algo mucho más grande que una simple vacuna para pacientes con SIDA. Están hablando de una "vacuna universal contra la influenza" que todos tendrían que tomar, un gran mercado para las grandes farmacéuticas.

Project Veritas sigue sacando a la luz información comprometida de la compañía Pfizer. Y esta vez lo ha hecho por medio de alguien que llevaba 10 años trabajando para la farmacéutica. Se trata de Melissa Strickler que trabajaba como auditor de calidad y que ha decidido filtrar correos electrónicos muy comprometidos y escandalosos de varios directivos de su ex-empresa. En varios de ellos se reconoce que **las "vacunas" contienen, entre otras cosas, células de bebés abortados** y los remitentes de esos correos andan como locos porque no se hable de ello.

Philip Dormitzer, director científico de Pfizer, dice en uno de ellos: "Las células HEK293T, utilizadas para el ensayo IVE, se derivan en última instancia de un feto abortado. Vanessa Gelman, directora senior de investigación mundial, advierte al personal que tenga cuidado con la información que dan: "Desde la perspectiva de los asuntos corporativos, queremos evitar que la información sobre las células fetales esté circulando". Y añadía: "El riesgo de comunicar esto ahora mismo supera cualquier beneficio potencial que podamos ver, particularmente con los miembros del público en general que pueden tomar esta información y usarla de maneras que quizás no queramos. No hemos recibido ninguna pregunta de los responsables políticos o los medios de comunicación sobre este tema en las últimas semanas, por lo que queremos evitar plantear esto si es posible".

En otro intercambio de correo electrónico entre Advait Badkar, director senior del grupo de Tecnologías de Entrega Novedosas dentro de la organización de Ciencias Farmacéuticas Bioterapéuticas de Pfizer, se puede ver a Gelman admitiendo a Badkar que, "Una o más líneas celulares con un origen que se remonta al tejido fetal humano se ha utilizado en pruebas de laboratorio asociadas con el programa de 'vacunas'". Ella le advirtió que "hemos estado intentando tanto como hemos podido para no mencionar las líneas celulares fetales".

Lo que Strickler no sabía es que los científicos e investigadores conocen bien la información sobre las células fetales que se utilizan para la "vacuna" Covid-19. **Los artículos sobre las técnicas de fabricación de las "vacunas" Covid-19, que incluían el uso de células fetales, se publicaron en línea al menos en mayo de 2020**; tampoco sabía que había descubierto solo una pequeña parte de un gran escándalo.

Las células fetales a las que se hace referencia en los correos electrónicos de Pfizer eran células HEK293T, obtenidas de las células renales de un feto femenino en 1973. En realidad, todas las "vacunas" Covid-19 autorizadas actualmente se fabrican utilizando células fetales abortadas**, incluidas Moderna's. Moderna también usó células HEK293T en sus pruebas de prueba de concepto para ver si las instrucciones genéticas contenidas en estas "vacunas" se absorberían de manera efectiva y producirían la proteína de pico requerida**.

Johnson y Johnson utilizaron tanto la línea celular PER.C6 (derivada de células retinianas embrionarias humanas, originalmente del tejido retiniano de un feto de 18 semanas abortado en 1985) como la línea celular HEK293T, para producir y analizar (respectivamente) su vacuna contra el adenovirus de Janssen.

AstraZeneca utilizó las células HEK293T para desarrollar las suyas, al igual que otras dos empresas cuyas "vacunas" han sido aprobadas, CanSino Biologics y Gamaleya Research Institute ("vacuna" Sputnik V).

El uso de células fetales abortadas en la producción de vacunas ha estado ocurriendo durante más de 50 años, desde mediados hasta fines de la década de 1970. Los antígenos de varias vacunas infantiles se cultivan en líneas celulares fetales abortadas MRC-5 y WI-38. Estas líneas celulares se encuentran en las vacunas y están incluidas en la lista de excipientes de vacunas de los CDC, así como en el sitio web del Instituto Johns Hopkins para la seguridad de las vacunas (imágenes superior e inferior respectivamente).

El ADN y las proteínas fetales también se encuentran en las "vacunas" Covid-19, al menos en las que fueron desarrolladas, no solo probadas, en células fetales. La ingeniera genética, la Dra. Theresa Deisher, explica que es imposible separar totalmente el antígeno del medio en el que se cultiva.

"Todas estas cosas están en el producto final, incluidos los contaminantes de las líneas celulares que se utilizan para fabricar las vacunas, y usted preguntó, ya sabe, por qué no se pueden eliminar los contaminantes. Entonces, el virus en la vacuna es solo una cadena larga de ARN o ADN, pero es una cadena tan larga que no es económico producirlo en un tubo de ensayo y, por lo tanto, las compañías imitan la forma en que la naturaleza hace crecer los virus e infectan las células y el el virus crece en las células, y luego lisan la célula e intentan purificar el virus y dejar las células impurezas y fragmentos de ADN. Pero, para cualquiera que haya tomado química, su rendimiento es inversamenterelacionado con su pureza y, por lo tanto, si purificaran los contaminantes de las líneas celulares, el rendimiento sería tan bajo que no ganarían dinero, o nadie pagaría

mil dólares o diez mil dólares por una vacuna y, entonces, debido a eso, los contaminantes de las líneas celulares, y en ese caso las líneas celulares fetales, están en el producto final. Y, en realidad, se encuentran en niveles muy altos”.

Las líneas celulares WI-38 y MRC-5 tienen más de 60 años. “Las células WI-38 fueron derivadas por Leonard Hayflick en 1962 del pulmón de un feto femenino de 3 meses. Las iniciales WI se refieren al Instituto Wistar, un organismo de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, y el número 38 al feto del que se obtuvieron las células. Las células MRC-5 se obtuvieron en 1966 de los pulmones de un feto masculino de 14 semanas. Las iniciales MRC indican Medical Research Council, un organismo de Londres". Las líneas celulares envejecen y solo se pueden replicar tantas veces, por lo tanto, en 2015, China desarrolló otra línea celular fetal, la cepa WalVax-2.

Las líneas celulares adicionales de fetos abortados quirúrgicamente, que no se usan en vacunas, incluyen “… WI-1, WI-3, WI-11, WI-16, WI-18, WI-19, WI-23, WI-24, WI-25, WI-26, WI-27, WI-44, MRC-9, IMR-90 y R-17 (obtenidos de pulmón); WI-2, WI-12 y WI-20, (piel y músculo); WI-5 (músculo); WI-8 y WI-14 y WS1 (piel); WI-4, WI-9, WI-10, WI-13 y WI-15 (riñón); WI-6, WI-21 y WI-22 (corazón); WI-7 (timo y tiroides), WI-17 (hígado); FHs74Int (intestino delgado)…

El uso de células fetales abortadas plantea enormes preocupaciones éticas, morales y de salud.

El Dr. Stanley Plotkin, un renombrado vacunólogo, dijo esto sobre las células fetales abortadas (comenzando a 2:40):

“Debido a que se necesita tejido vivo para el cultivo primario, estos abortos a menudo se realizan mediante el método de la "bolsa de agua" que da a luz a los fetos (entre 2 y 4 meses de gestación) vivos. (Las extremidades, órganos y tejidos de fetos abortados también son un pilar de la investigación médica moderna). Incluidos en las vacunas contra el sarampión, las paperas, la rubéola, la varicela, el herpes zóster, el rotavirus, el adenovirus y la rabia se encuentran fragmentos de ADN humano”

No solo los bebés nacen vivos, sino que sus órganos a menudo se extraen cuando aún están vivos. Así es como consiguieron que se utilizaran las células renales HEK293 en la fabricación de las “vacunas” y por qué Pfizer quería que se mantuviera en secreto:

Los detalles de los orígenes brutales de HEK293, y desde todas las apariencias, hasta hace muy poco, en gran parte no revelados, explican el profundo malestar de la compañía. Al contrario de casi medio siglo de tergiversación y ofuscación, la creación de HEK293 NO surgió de un “aborto” como la gente común lo entiende.

Para obtener un riñón embrionario viable… los niños suficientemente sanos con la edad suficiente para tener riñones desarrollados adecuadamente deben ser extraídos del útero, vivos, típicamente por cesárea, y se les deben extirpar los

riñones. Esto debe realizarse sin anestesia para el niño, lo que disminuiría la viabilidad de los órganos.

… El asesinato deliberado de un niño no deseado (una niña, en el caso de HEK 293) se llevó a cabo de la forma tortuosa que tuvo precisamente para obtener sus órganos para la investigación. La extracción de sus órganos fue la causa directa de su muerte, antes de la cual, era una niña viva, fuera del útero.

Según Plotkin, inyectar ADN intacto es teóricamente problemático y es por eso que lo fragmentaron. El ADN humano intacto fue descubierto recientemente en una vacuna por Corveleva, un laboratorio independiente que ha estado analizando el contenido de la vacuna.

Los ensayos clínicos de vacunas buscan principalmente eventos adversos locales y transitorios predefinidos, por lo que los participantes del ensayo solo son seguidos durante días o meses. Los efectos a largo plazo de las vacunas no forman parte de los ensayos clínicos. La sección 13 del prospecto de cada paquete de vacuna establece que la vacuna no se ha estudiado para determinar si la vacuna puede causar mutaciones genéticas, cáncer o problemas de fertilidad. No están obligados a hacerlo. Sin embargo, los científicos saben desde hace mucho tiempo que:

- **La fragmentación del ADN es un primer paso necesario para insertar ADN extraño en las células.**
- **A través de un proceso llamado mutagénesis por inserción, el ADN extraño se puede incorporar al ADN del huésped y causar mutaciones genéticas, cáncer y otros problemas de salud.**
- **La recombinación homóloga, otro tipo de mutación que involucra fragmentos de ADN, puede causar una enfermedad grave.**
- **Los retrovirus que se encuentran en el ADN humano extraño pueden ser peligrosos cuando se incorporan al ADN de un huésped humano.**
- **Las células madre embrionarias en las que se cultivan las vacunas son naturalmente tumorigénicas**. La FDA **ha estado estudiando las vacunas de virus vivos debido a su potencial de causar cáncer**.

Los científicos que investigan las vacunas **han podido identificar aumentos en el autismo en diferentes países que coinciden con la introducción de vacunas de virus vivos cultivados en sustratos de células humanas**. Esto se suma a los problemas previamente conocidos que surgen de la inyección de ADN humano extraño en un huésped humano. Si bien el efecto de inyectar a los hombres con ADN de fetos femeninos y a las mujeres con ADN de fetos masculinos no se ha estudiado directamente, un nuevo estudio muestra que los individuos autistas tienen más probabilidades de ser transgénero y la investigación ha investigado el efecto de las anomalías cromosómicas en áreas de el cerebro relacionado con el comportamiento sexual. Esto es particularmente

importante a la luz del tremendo aumento del transgénero y la disforia (confusión) de género que se informa en muchos países.

Las células fetales abortadas también se encuentran en algunos medicamentos.

Un vídeo encubierto de Project Veritas revela a un científico de Pfizer que relata un caso de **un superior que expresa desinterés en el aparente fracaso de la "vacuna" Covid-19 de la compañía para impartir inmunidad a un sujeto de prueba**.

El vídeo, publicado el viernes 15 de octubre, muestra un fragmento de una conversación con el científico de Pfizer Nick Karl, quien le cuenta a un periodista encubierto de Veritas sobre su "primer experimento" con la "vacuna" en un sujeto que "**recibió la vacuna dos veces y no tuvo respuesta de anticuerpos**". Al principio, pensó que la muestra simplemente había sido mal etiquetada, pero la reacción de su superior no identificado fue presuntamente indiferente.

"Como si lo estuviera cuestionando, y mi jefe me dijo, 'a quién le importa, como si simplemente no hubiera funcionado'", dice Karl. "Estoy como, '¿qué?'". "No quería que lo investigara más", continuó Karl. "Me dijo: 'Realmente no me importa esta muestra que no funcionó'. Supongo que hay un pequeño porcentaje en el que simplemente no funciona".

Este mismo señor, en otro vídeo reconoce que los anticuerpos naturales son los que pasan de la madre al niño durante el embarazo mediante el cordón umbilical.

Aquí están todas las partes en español.

Errores en la administración de las "vacunas" de ARNm

El Dr. John Campbell habla sobre la investigación que demuestra que **administrar la "vacuna" antiCovid de ARNm por vía intravenosa, puede inducir la miopericarditis aguda en ratones**. Resulta que la mayoría del personal de salud en el Reino Unido y los Estados Unidos **han administrado de forma incorrecta las "vacunas" antiCovid, lo que incrementa el riesgo de efectos secundarios graves, como inflamación cardíaca**.

Al administrar una inyección por vía intramuscular, se supone que debe entrar por el músculo y no por la vena o vaso sanguíneo. Para asegurarse de que llegue al vaso sanguíneo, se debe aspirar un poco la jeringa antes de inyectar el líquido, esto para asegurarse de que la aguja no esté en un vaso sanguíneo.

Si sale sangre al aspirar, significa que algo anda mal, ya que la aguja está en un vaso sanguíneo. En ese caso, se debe sacar la aguja y buscar otra área para inyectar. Pero no lo están haciendo. **No aspirar la jeringa para asegurarse de que la inyección no ingrese al torrente sanguíneo podría causar lesiones graves**. Deben "hacer algo al respecto".

Campbell menciona un estudio revisado por pares que se publicó a mediados de agosto de 2021 en la revista Clinical Infectious Diseases, en el que los investigadores reconocieron que **la miocarditis y la pericarditis son efectos secundarios conocidos de las "vacunas" antiCovid de ARNm**, por lo que querían determinar si el método de inyección podría estar detrás de todo esto.

Para descubrirlo, administraron una "vacuna" de ARNm por vía intravenosa a un grupo de ratones y por vía intramuscular a otro. Un tercer y cuarto grupo recibieron inyecciones de solución salina normal (placebo) por vía intravenosa e intramuscular.

Después, compararon las manifestaciones clínicas, los signos de enfermedad en varios tejidos, la expresión del ARNm en los tejidos y los niveles de citoquina y troponina. Las citoquinas participan en el proceso inflamatorio, además, son importantes moléculas de señalización.

Los niveles de citoquinas incrementan con la inflamación y cuando se liberan de forma descontrolada, termina con lo que se conoce como una tormenta de citoquinas, la cual puede ser mortal. Mientras que la troponina es un marcador de daño cardíaco. Sus niveles indican el riesgo de sufrir un ataque cardíaco.

Aunque ambos métodos se relacionaron con efectos secundarios, solo los ratones que se inyectaron por vía intravenosa desarrollaron miopericarditis, es decir, inflamación del corazón o del saco cardíaco. Según los autores:

"A pesar de que se encontró una pérdida de peso significativa y niveles elevados de citoquinas/quimiocinas en el grupo IM [inyección por vía intramuscular], entre 1 y 2 días después de la inyección (dpi), solo el grupo IV [inyección por vía intravenosa] desarrolló cambios histopatológicos de miopericarditis como degeneración de cardiomiocitos, apoptosis, necrosis con infiltración de células inflamatorias adyacentes y depósitos de calcio en el pericardio visceral, pero no hubo evidencia de problemas en las arterias coronarias u otras patologías cardíacas.

A través de la inmunotinción se llegó a encontrar expresión del antígeno Spike de SARS-CoV-2 en células inmunológicas infiltrantes en el corazón o en el sitio de inyección, en los cardiomiocitos y en las células endoteliales vasculares intracardíacas, pero no en los miocitos esqueléticos.

Tras recibir la primera dosis por vía intravenosa, persistieron los cambios histológicos de la miopericarditis durante 2 semanas y se agravaron de manera notable con una segunda dosis de refuerzo por vía intramuscular o intravenosa.

La expresión del ARNm en el tejido cardíaco de IL-1β, IFN-β, IL-6 y TNF-α incrementó de forma significativa de 1 ppp a 2 ppp en el grupo IV, pero no en el grupo IM, lo que coincidió con la presencia de miopericarditis en el grupo IV. El

grupo IV presentó de manera constante degeneración en globo de los hepatocitos".

Como señaló Campbell, **administrar la "vacuna" de ARNm por vía intravenosa indujo una "patología muy visible en el corazón", que incluyó degeneración visible, apoptosis y necrosis (muerte celular) de las células del músculo cardíaco**.

Por supuesto que, si las células cardíacas están dañadas, su corazón no podrá contraerse de manera adecuada y este daño será permanente, ya que, a diferencia de muchos otros tejidos, las células del corazón no se regeneran.

Además, **el tejido cardíaco dañado o perdido se remplaza con tejido cicatricial, lo que inhibe la contracción muscular de forma permanente. Administrar la "vacuna" de ARNm por vía intravenosa también provocó depósitos de calcio en la capa interna (visceral) del pericardio**.

Cuando un tejido se lesiona, puede calcificarse y la calcificación del pericardio visceral es una prueba más de daño cardíaco. Dado que el pericardio rodea su corazón, el cual necesita expandirse y contraerse para seguir con vida, la calcificación (endurecimiento) de este saco protector puede tener un efecto devastador en su salud. Cuando esto ocurre, puede desarrollar pericarditis restrictiva, que a su vez puede provocar insuficiencia cardíaca diastólica.

Los investigadores también **encontraron el antígeno Spike de la Covid en el interior de: células inmunológicas que se encuentran en el corazón, Cardiomiocitos y células endoteliales vasculares intracardíacas**.

"Esto significa que, debido a que la 'vacuna' se administró por vía intravenosa, el ARN que produce la proteína de Spike pasó a través de su torrente sanguíneo y entró a las células del miocardio. Las células del miocardio producen la proteína Spike y la expresan en su superficie celular.

Es obvio que la proteína Spike es una proteína extraña, por lo que las células inmunológicas del cuerpo dicen: '¡Oh mira, una proteína extraña!' y **la atacan, atacan la célula, y eso es lo que causa la inflamación, los miocitos en el miocardio**".

Así que también **se encontró el antígeno Spike y, por lo tanto, inflamación en las células endoteliales vasculares intracardíacas**, es decir, las células que recubren los vasos sanguíneos del corazón. **Este daño es lo que provoca los coágulos sanguíneos.**

Campbell también sospecha de **otros efectos secundarios graves, como la púrpura trombocitopenia trombótica inmunológica inducida por la vacuna** (VITT) que podría deberse al error de administrar las "vacunas" antiCovid en el torrente sanguíneo.

Después de administrar por vía intravenosa la primera dosis de la "vacuna" de ARNm, los cambios relacionados con la miocarditis persistieron durante dos semanas. El daño se "agravó de forma notable" tras recibir la segunda dosis, ya sea por vía intravenosa o intramuscular.

En otras palabras, **si la primera dosis se administra de forma incorrecta en el torrente sanguíneo, incluso si la segunda dosis se administra de forma correcta en el músculo, el daño cardíaco incrementa de manera significativa después de recibir la segunda dosis**.

"Y claro que esto es exactamente lo que estamos viendo", dijo Campbell. "Hay más miopericarditis después de recibir la segunda dosis de refuerzo que después de la primera. Eso es justo lo que sucedió en este estudio, necesitamos hacer algo al respecto".

Los investigadores también descubrieron citoquinas en el tejido cardíaco de los animales que se inyectaron por vía intravenosa, que incluyeron la interleucina (IL) -1 beta, IL-6, interferón beta y factor de necrosis tumoral (TNF) alfa. Todas estas citoquinas causan inflamación y es obvio que la inflamación cardíaca representa un riesgo grave para la salud.

Aunque es importante señalar que los ratones que recibieron inyecciones por vía intramuscular tenían mayores niveles de citoquinas que los del grupo IV, lo que significa que había inflamación sin importar el método de inyección.

Los ratones que recibieron la inyección por vía intravenosa también tenían "degeneración en globo de los hepatocitos", que son células hepáticas que también sufrieron daños importantes. Aunque todos los demás órganos "parecían normales" en todos los grupos. Todos estos hallazgos hicieron que los investigadores concluyeran lo siguiente:

"Administrar las 'vacunas' antiCovid de ARNm por vía intravenosa puede inducir miopericarditis. Aspirar un poco la jeringa antes de inyectar podría ser una forma de reducir este riesgo".

Como señaló Campbell, "tanto Pfizer/BioNTech como Moderna dejaron claro que sus 'vacunas' solo deben administrarse por vía intramuscular, no intravenosa", entonces, ¿por qué las autoridades sanitarias no se aseguran de que las 'vacunas' se administren de forma correcta? Es algo totalmente inaceptable", dijo.

De manera sorprendente, **el Reino Unido, los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud especifican que NO se debe aspirar la aguja**, ya que eso ayudará a minimizar el dolor relacionado con la inyección. "Es increíble", dijo Campbell, ya que **estas directrices están causando lesiones que podrían prevenirse**.

Según Campbell, **las "vacunas" antiCovid de adenovirus también deben administrarse por vía intramuscular y no por vía intravenosa**. En este caso,

el mayor riesgo parece ser la trombocitopenia (bajo recuento de plaquetas, lo que provoca una hemorragia descontrolada).

Campbell menciona un artículo de 2007 que analizó la trombocitopenia inducida por el adenovirus y llegaron a la conclusión de que al inyectar los vectores de transferencia de genes adenovirales, en la vena de la cola de los ratones, se produce trombocitopenia.

Consentimiento informado

Con el programa de "vacunación" masiva ahora en pleno apogeo, estamos escuchando más y más informes que sugieren que este derecho fundamental y requisito legal no se está respetando. La gran mayoría de las personas simplemente no tienen la oportunidad de ejercer este derecho que es un principio fundamental de la ética médica y central para el concepto de autonomía del paciente. Es probable que la mayoría de las personas ni siquiera sepan qué información deberían poder recibir antes de la "vacunación".

El verdadero problema no es con el consentimiento en sí, sino con la información que debería preceder a la emisión del consentimiento. Para que el consentimiento sea válido necesitas 3 cosas:

- Debe darse voluntariamente, sin coerción ni engaño.
- Debe ser dado por un individuo que tiene capacidad mental.
- ANTES de dar su consentimiento, una persona debe haber sido completamente informada sobre el tema. Eso incluye estar informado sobre cuáles son los riesgos y beneficios del tratamiento o la "vacunación", así como los riesgos y beneficios de no recibir el tratamiento o la "vacunación", y qué opciones alternativas podrían estar disponibles.

Las autoridades sanitarias de todo el mundo siguen afirmando que las "vacunas" contra la Covid-19 son "seguras". Sin embargo, según el diccionario, esto significa que: "Algo que es seguro no causa daño físico o peligro". Las afirmaciones "seguras" son hechas rutinariamente por organizaciones como el NHSdel Reino Unido, los Centros para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud.

Como ya hemos comprobado, la supuesta seguridad de las "vacunas" que nos quieren vender todos los días, no existe; los datos de las bases de datos oficiales referentes a muertes y eventos adversos ocasionados por los sueros experimentales, dicen que no son seguras y tampoco eficaces.

Incluso si se puede argumentar que las reclamaciones de seguridad existentes, las campañas publicitarias o la presión de algunos sectores de las profesiones de la salud no son coercitivas ni engañosas, es en este último requisito previo con respecto a la provisión de información donde los programas de vacunación masiva generalmente se quedan cortos.

Dada la falta de transparencia de las "vacunas", los propios "vacunadores" podrían no estar debidamente informados, por lo que generalmente no están en condiciones de ofrecer información precisa que pueda estar disponible para el público. Habría que decir, que **lo honrado sería que si realmente no conocen lo que los sueros pueden ocasionar a corto, medio o largo plazo; lo mejor que éticamente podrían hacer en honor a la defensa de la salud de los pacientes, es no colaborar de ninguna forma en las inoculaciones**, sin embargo, esto no está sucediendo. Tampoco debemos de olvidar, que en España, no puede haber pinchazo sin prescripción médica, no obstante, no paramos de ver a médicos y sanitarios recomendar la "vacunación" por activa y por pasiva.

La información que debe comunicarse libremente incluye el hecho de que las "vacunas" son experimentales y no probadas. Aquellos que consideren dar su consentimiento deben ser informados sobre la dependencia de las "vacunas" de la biología sintética que nunca se ha probado a escala. También debe de incluir información sobre los riesgos y beneficios conocidos de los ensayos de Fase 3, y sobre que estos ensayos aún están en curso y algunos no estarán completos todavía durante un tiempo.

En pocas palabras, sin transparencia de la "vacuna", el consentimiento informado simplemente no es posible. Lo mínimo que debemos esperar es que cada persona pueda leer el folleto de información del producto acordado entre los fabricantes de "vacunas" y los reguladores, antes de dar su consentimiento. Incluso esto no está sucediendo. Donde se da la información, si acaso se entrega algo a las personas, se hace como un gesto pasajero sin importancia, como una especie de falsa formalidad y encima, se hace después de la "vacunación", nunca antes.

La ley sobre el consentimiento informado, presente en casi todas las jurisdicciones, constituye uno de los ejes centrales de la ética médica que es la base para la práctica de la "buena medicina" en las sociedades civilizadas y democratizadas.

"La comprensión por parte del paciente es una parte fundamental del cumplimiento de los estándares de ética médica del consentimiento informado en los diseños de los estudios", escriben los doctores Timothy Cardozo y Ronald Veazey en un estudio titulado" Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of Covid-19 vaccines worsening clinical disease" (386). El objetivo del estudio fue determinar si existe suficiente literatura para exigir a los médicos que revelen el riesgo específico de que las "vacunas" Covid-19, puedan empeorar la enfermedad tras la exposición al virus circulante. Se revisó la literatura publicada para identificar evidencias preclínicas y clínicas de que las "vacunas" Covid-19 podrían empeorar la enfermedad tras la exposición al virus. Se revisaron los protocolos de ensayos clínicos para las "vacunas" Covid-19 para determinar si los riesgos se divulgaron adecuadamente.

Resultados del estudio

Las "vacunas" Covid-19 diseñadas para provocar anticuerpos neutralizantes, **pueden sensibilizar a los receptores de la "vacuna" a una enfermedad más grave que si no estuvieran "vacunados".**

Las vacunas para el SARS, MERS y RSV nunca han sido aprobadas, y **los datos generados en el desarrollo y prueba de estas vacunas sugieren una seria preocupación mecanicista**: **que las vacunas diseñadas empíricamente usando el enfoque tradicional** (que consiste en la proteína Spike del coronavirus no modificada o mínimamente modificada para provocar anticuerpos neutralizantes), **ya sean compuestos de proteína, vector viral, ADN o ARN e independientemente del método de administración, pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de la potenciación dependiente de anticuerpos (ADE)**.

Este riesgo está lo suficientemente oculto en los protocolos de los ensayos clínicos y los formularios de consentimiento para los ensayos en curso de la "vacuna" Covid-19, que es poco probable que se produzca una comprensión adecuada de este riesgo por parte del paciente, obviando el consentimiento verdaderamente informado de los sujetos de estos ensayos.

Conclusiones extraídas del estudio e implicaciones clínicas

El riesgo específico y significativo de Covid-19 a través de la ADE, debería haber sido y debería ser divulgado de manera prominente e independiente a los sujetos de investigación que se encuentran actualmente en ensayos de "vacunas", así como a aquellos que están siendo reclutados para los ensayos y futuros pacientes después de la aprobación de la "vacuna", con el fin de cumplir con el estándar de ética médica de comprensión del paciente para el consentimiento informado.

Después de reflexionar mucho sobre este tema, el Dr. Bhakdi está convencido de que deben ponerle un alto a esta campaña de "vacunación".

"**Las 'vacunas' a base de genes representan un peligro grave para la humanidad y su uso viola el código de Núremberg**, por lo que todos los que promueven su uso deberían comparecer ante un tribunal".

"Pero '**vacunar' niños, eso sí que es algo muy criminal**, tanto que no tengo palabras para describirlo. **Nos preocupa mucho que produzca un impacto negativo en la fertilidad**. Y las consecuencias surgirán dentro de años o incluso décadas a partir de este momento. Y este podría ser el peor crimen jamás visto en la historia de la humanidad.

Como todos sabemos, el **código de Núremberg** establece que, en caso de que se vayan a realizar experimentos en humanos, esto solo se puede realizar con el consentimiento informado. Significa que **la persona a "vacunar" debe estar informada sobre todos los riesgos, la proporción entre riesgo-beneficio, los peligros potenciales y lo que se sabe sobre los efectos secundarios**.

Esto no se puede hacer con los niños, porque los niños no están en condiciones de entenderlo.

Por lo tanto, no pueden dar su consentimiento informado. Así que no deberían "vacunarlos". Al hacerlo, cometen un crimen. Si los adultos han sido informados y quieren "vacunarse", está bien. Pero no pueden obligar a nadie a recibir la "vacuna". "Solo puede hacerse bajo el consentimiento informado".

"Negacionistas"

En muchos medios de comunicación se habla de que el número de "negacionistas" de las mal llamadas "vacunas", es un porcentaje ínfimo, un 3% según ellos. Vamos a demostrar, que es un nuevo error del discurso oficial. Los datos reales independientes (no condicionados por los distintos gobiernos), fueron expuestos en mayo pasado, en un macroanálisis análisis a nivel mundial (397):

En el primer año completo de la pandemia de Covid-19, **un 32% de los adultos a nivel mundial, o 1300 millones de personas, no se "vacunarían"**, el 68% dijeron que estarían de acuerdo en "vacunarse" si una "vacuna" contra el coronavirus estuviera disponible para ellos sin costo alguno. Sin embargo, al igual que el número mundial, en la mayoría de los países, los porcentajes no alcanzaron el 70% estimado que, según algunos expertos, sería necesario vacunar para lograr la inmunidad colectiva en una población. Lo que es más importante, **si todos los que dijeron que estaban dispuestos a recibir la "vacuna" contra el coronavirus realmente lo hicieran, solo 38 de los 116 países y áreas que se analizaron durante la segunda mitad de 2020, alcanzarían el umbral mínimo estimado del 70% para lograr la inmunidad colectiva. Solo un país, Myanmar, superaría la estimación más alta del 90%**. Si observamos la prensa independiente, encontramos que los datos "oficiales", no cuadran con la realidad (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424), incluso, el Dr. Raúl Ortiz de Lejarazu (425), reconoce que es bastante grande el número de los llamados "negacionistas" (también llamados "antivacunas") a nivel mundial.

Un estudio del Imperial College de Londres hecho en junio de 2021, basado en encuestas a más de 68 000 personas de 15 países-estados, analizó el porcentaje de personas que en cada país mostraba confianza en los sueros. Los países-estados incluidos en el estudio fueron: Reino Unido (87%), Israel (83%), Italia (81%), España (78%), Suecia (74%), Dinamarca (74%), Noruega (72%), Canadá (71%), Singapur (70%), Alemania (63%), Estados Unidos (62%), Australia (59%), Francia (56%), Japón (47%) y Corea del Sur (47%). La media fue de 68.3%, que sigue estando acorde con el macroanálisis mencionado anteriormente.

En países como Rumanía y Bulgaria, hay un rechazo generalizado a los sueros experimentales y los datos de contagios son mucho mejores que los de países con una tasa alta de "vacunación", de tal forma que los respectivos gobiernos se van

a deshacer de las “vacunas" sobrantes. Contrariamente a las expectativas fuertemente promovidas por políticos, medios de comunicación y establecimientos de salud pública, los búlgaros y rumanos vieron un número bajo de infecciones Covid-19 este verano, mientras continuaron negándose a recibir las “vacunas”. De hecho, los dos países tienen algunas de las tasas más bajas de infecciones por Covid por cada 100 000 personas en Europa, según un análisis estadístico de países europeos del 22 de agosto:

“La tasa de “vacunación” actual en Rumanía es la mitad en comparación con la de Bulgaria (0.13 “vacunas” por cada 100 habitantes de media en los últimos siete días) y 7.5 veces más baja que la media de la UE (0.45 “vacunas” por cada 100 habitantes)”, según Romania Insider. "En el extremo opuesto, Dinamarca ha administrado 0.94 dosis de “vacuna” por cada 100 habitantes en promedio durante los últimos siete días". Las tasas de “vacunación” de Bulgaria y Rumanía desde la publicación de la “vacuna” en 2020 no son significativamente diferentes.

Durante el verano, la tasa de vacunación del 25% de Rumania no la llevó a experimentar un aumento en las infecciones. "Las autoridades dicen que Rumanía ha recibido más de 16 millones de dosis de varias “vacunas” fabricadas en occidente, pero se ha utilizado menos del 55%, ya que el número de “vacunas” administradas diariamente se ha reducido a alrededor de 20 000 desde 100 000 el mes pasado. Una tasa de infección en desaceleración ha debilitado el ímpetu de algunos en Rumania para “vacunarse”: solo se informaron 31 nuevos casos de Covid-19 y cinco muertes en la última semana de julio lo que se suma a un total nacional de 1.08 millones de infecciones y 33 786 muertes". La semana del 5 de julio vio un mínimo de 285 casos confirmados. Si bien las últimas semanas de agosto han experimentado un aumento a casi 4000 casos en una semana, sigue siendo mucho más bajo que las tasas de prevacunación y los primeros meses de 2021. El 29 de marzo vio 38 000 casos confirmados de Covid y las infecciones continuaron disminuyendo durante la primavera.

Rumania ha cerrado sus centros de “vacunación” debido a que la gente se ha negado a recibir inyecciones experimentales. La disminución de la demanda de “vacunas” contra el coronavirus en Rumania ha llevado a las autoridades a cerrar 117 centros de vacunación y reducir el calendario a otros 371. “En la semana anterior, reevaluamos la eficiencia de los centros de ‘vacunación’ fijos. Alrededor del 80% de los centros de ‘vacunación’ fijos ‘vacunan’ menos del 25% de la capacidad de ‘vacunación’ asignada a cada corriente”, dijo el jefe del comité nacional de vacunación, Valeriu Gheorghita, en una conferencia de prensa.

Los líderes políticos búlgaros tampoco han convencido a sus ciudadanos para que reciban la “vacuna”. El país también ha experimentado un verano suave, con una disminución de las infecciones durante la primavera. Actualmente, solo el 16% de su población adulta se considera completamente “vacunada”. “A día 14 de agosto, el 20.1% de la población adulta en Bulgaria ha recibido al menos una dosis de la “vacuna” contra Covid-19 y el 18.2% está doblemente “vacunado”, según muestran los datos del Portal de información de coronavirus único”. La mayoría de los meses de este verano han visto menos de 1000 casos confirmados semanales de Covid. En Corea del norte, tampoco quieren “vacunas",

le han ofrecido tres millones de “vacunas” chinas Sinovac del fondo Covax y las ha rechazado. El gobierno norcoreano ha expresado sus dudas sobre la eficacia de las “vacunas” contra el coronavirus. Los medios de comunicación públicos informan con frecuencia de incidentes en Estados Unidos y Europa en los que las personas “vacunadas” han tenido reacciones adversas. Hasta el 19 de agosto, el país asiático no había registrado ningún caso de coronavirus, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según se desprende de un estudio (426), si analizamos las causas de que existan esos “negacionistas", encontramos que claramente son razones científicas, hay una gran diferencia entre dichos “negacionistas" y los “covidianos"; los primeros, se cuestionan el discurso oficial y buscan fuentes de información científicas e independientes, no sujetas a condicionamientos de ninguna clase, que confirmen o desmientan dicho discurso. Los segundos, creen lo que dicen los medios de comunicación y no se cuestionan absolutamente nada. Evidentemente, esos “negacionistas", son los únicos que disponen de información real y con base científica contrastada; así por ejemplo, en Estados Unidos el 53% de los no vacunados, creen que las “vacunas” son más peligrosas que el virus, ese pensamiento es compartido por un 7% de los vacunados y por un 34% de los indecisos (427). Como se puede observar, cuanto más “negacionista", más cerca están de la realidad que demuestran los datos de fallecimientos y nuevos contagios.

Otro de los dogmas del discurso oficial, es que los “negacionistas”, son personas de una inteligencia limitada y escasa titulación. Vamos a demostrar, que esta consideración, también es errónea:

En un nuevo estudio (428), de investigadores de la Universidad Carnegie Mellon y la Universidad de Pittsburgh descubrieron que los estadounidenses con mayor nivel educativo, son también los que más vacilan en cuanto a “vacunas”. Encuestaron a no menos de 5 millones de estadounidenses que respondieron a encuestas sobre si "probablemente" o "definitivamente no planeaban recibir una vacuna Covid".

Lo más “sorprendente” es el desglose de la vacilación por las “vacunas” por nivel de educación. **Encuentran que la asociación entre la vacilación y el nivel de educación sigue una curva en forma de U con la vacilación más alta en los más educados. Las personas con bajo nivel académico, tenían la menor vacilación, y la mayor vacilación se encontraba entre los que tenían un doctorado**.

Además, mientras que la mayor caída en la vacilación por las vacunas durante los primeros cinco meses de 2021, se daba entre los que presentaban nivel académico más bajo; **los menos propensos a cambiar de opinión, fueron los que tenían un doctorado.** El estudio también revela que la preocupación más común para aquellos que dudan en tomar la vacuna, son los posibles efectos secundarios, con la falta de confianza en el gobierno en segundo lugar.

Los resultados de la investigación desacreditan por completo la idea, amplificada por las narrativas de los medios, de que solo las personas "tontas" dudan en vacunarse. También demuele la caracterización de algunos elitistas que consideran como "sofisticados" a todos los vacunados". **Por tanto, según se desprende de estos estudios, las personas más inteligentes, las de mayor nivel académico, las menos volubles de opinión y las mejor informadas científicamente; están entre los "negacionistas"**. Otro punto más de la retórica dogmática del discurso oficial, que se constata que es erróneo.

Si los que rechazan las "vacunas" son "ignorantes", ¿por qué se cuentan entre ellos miles de trabajadores de la salud?

Aquellos que se oponen a las "vacunas" Covid son ridiculizados rutinariamente como ignorantes, egoístas, estúpidos e incluso malvados, incluso cuando el número de trabajadores de la salud (incluidos aquellos con experiencia íntima y de primera mano con el coronavirus) que se pronuncian en contra de los mandatos de las "vacunas", continúa aumentando.

Este fenómeno se ha observado en varios estudios, incluido uno realizado por investigadores del Grupo Delphi en la Universidad Carnegie Mellon, que encontró que **el 20.5% de los asistentes médicos, técnicos de emergencias médicas y asistentes de atención domiciliaria, de enfermería, psiquiátricos o de cuidados personales, se opusieron personalmente a la "vacuna" Covid**.

Con los mandatos de "vacunas" vigentes o inminentes, muchos trabajadores de la salud han renunciado o perdido sus trabajos, terminando décadas de carrera en medio de la decepción y la desilusión.

Uno de esos médicos es la Dra. Rochagné Kilian, que trabaja en la sala de emergencias de un hospital en Owen Sound, Ontario. La Dra. Kilian participó recientemente en una reunión en línea organizada por Gary Sims, presidente y director ejecutivo del Hospital de Servicios de Salud Gray Bruce en Ontario, Canadá. La discusión se centró en el personal y los mandatos de "vacunas".

Sims habló sobre cómo los "no vacunados" llenaban las camas de los hospitales y expresó su preocupación de que pronto se necesitarían más camas "pediátricas", porque la mayoría de los niños no están "vacunados". La Dra. Kilian le pidió a Sims datos para respaldar su declaración y le dijeron que los datos eran "privados". En una entrevista que más tarde concedió al programa Iron Will, la Dra. Kilian cuestionó la narrativa de Sims y reveló que alrededor del 80% de los pacientes que estaba viendo en la sala de emergencias tenían "doblemente vacunados". "¿A cuántas personas vamos a matar si seguimos esta narrativa?" ella preguntó.

La Dra. Mollie James es médica de la UCI, o más bien lo era, hasta que renunció en protesta contra los mandatos de "vacunas".

"Estoy retrocediendo porque los hospitales tienen un compromiso absoluto de seguir los datos", dijo a Realclearpolitics. "**Ignorar la inmunidad natural en**

una discusión sobre 'vacunas' es simplemente un delito. Mucha gente que se opone a los mandatos, o que no está interesada en una vacuna, está en mi situación donde nos enfermamos cuidando pacientes. **Tenemos una inmunidad natural que ha demostrado ser amplia y duradera**; de hecho, eso nos ha puesto en mayor riesgo de recibir la vacuna. Cuidé a un paciente que tenía una infección. Esperó los 90 días que se recomiendan para 'vacunarse' y se presentó en mi UCI 24 horas después con un paro cardíaco. Así que personalmente he visto las implicaciones de tener una 'vacuna' después de una infección natural y eso no me interesa".

John Matland, de Nueva York, es, o más bien fue, un experto en tecnología de tomografía computarizada que trabajó con pacientes con coronavirus durante meses durante los días más duros de la supuesta epidemia.

"No soy un anti-vacunas. Me he puesto la vacuna contra la gripe", le dijo a National Review. "Para mí, es específicamente la oscuridad y el silencio en torno a la información que está surgiendo sobre estas 'vacunas', y la forma en que no se discute, ni en los medios de comunicación ni por algunos médicos".

También señaló **sus preocupaciones sobre la miocarditis y la pericarditis como resultado de la "vacunación", así como la mejora dependiente de anticuerpos (una condición en la que los anticuerpos producidos después de una infección o una vacuna en realidad aumentan una enfermedad)**. ADE es especialmente relevante para los trabajadores de la salud debido a su exposición constante al coronavirus y al hecho de que muchos de ellos han contraído el virus en el pasado.

Matland ahora ha sido desterrado del hospital donde solía trabajar, debido a su activismo contra los mandatos de la "vacuna" Covid. En particular, se opuso a la decisión de su hospital de implementar pruebas obligatorias para todo su personal no "vacunado", aunque, como señaló, **las personas "vacunadas" también pueden ser portadoras de Covid e infectar a otras personas**.

Los directores del hospital estaban "tratando de castigarno creando un estímulo físico que no es cómodo para obligarnos a vacunarnos", dijo. Abrió un chat en línea a nivel nacional para otros trabajadores de la salud no vacunados, que ahora cuenta con más de 1100 miembros.

"Conozco personalmente a personas que han tenido reacciones negativas que han destrozado su vida por esta 'vacuna' y mi corazón se rompe por ellas", le escribió a su ex director ejecutivo.

Un anestesiólogo de UCLA Health en California que no ha rehuido ventilar sus sospechas sobre las "vacunas" Covid-19 fue escoltado fuera de su lugar de trabajo por negarse a "vacunarse" desafiando un mandato estatal y del empleador.

Se ve al Dr. Christopher Rake en un vídeo que parece grabarse a sí mismo mientras otro hombre lo escolta fuera de la UCLA Medical Plaza en Westwood.

"Esto es lo que sucede cuando defiendes la libertad y cuando te presentas a trabajar, dispuesto a trabajar, a pesar de no estar 'vacunado', y este es el precio que tienes que pagar a veces", se oye decir a Rake en el video publicado por The Beverly.

"Pero de lo que no se dan cuenta es de que estoy dispuesto a perderlo todo: trabajo, sueldo, libertad, incluso mi vida por esta causa".

Es uno de las decenas de miles que ahora se encuentran despedidos, suspendidos o esperando descubrir su destino. Mientras tanto, muchos hospitales están considerando suspender los procedimientos electivos debido a la escasez de personal.

La destrucción de la atención médica en EE. UU .: Mayo Clinic perderá 8000 empleados que rechazan la "vacuna" Covid-19. Trabajadores sanitarios y oficiales de policía en Australia que renuncian a sus trabajos debido al mandato de la "vacuna" contra la Covid-19. La Corte italiana se pone de parte de la enfermera suspendida por error por negarse a recibir el suero experimental. Tribunal español declara nulo el despido de una empleada en un centro de dependientes por no haberse "vacunado" contra la Covid-19. Las enfermeras despedidas por no recibir la "vacuna" Covid-19 explican su razón de ser. "Si me despiden, que así sea". Las enfermeras de Luisiana se niegan a recibir la "vacuna" Covid. Una madre y una hija, ambas enfermeras, se niegan a "vacunarse" y arriesgan sus carreras. Los trabajadores de la salud rechazan la "vacunación", obligados a abandonar sus trabajos. Cientos de empleados del hospital despedidos o suspendidos por rechazar el mandato de la "vacuna" Covid-19. Algunos trabajadores de la salud se niegan a recibir la "vacuna" Covid-19, incluso con acceso prioritario. Más de 17 000 trabajadores de la salud de Quebec enfrentan suspensión por rechazar la "vacuna" Covid-19. Los hospitales de Massachusetts se preparan para despedir a cientos de empleados que rechazan la "vacuna" Covid. Preocupaciones surgidas cuando las enfermeras que rechazan el pinchazo de la Covid-19 fueron redistribuidas. La fecha límite de la "vacuna" Covid en tres sistemas de salud deja a algunos trabajadores del hospital sin trabajo. Los trabajadores de Legacy Health que rechazan la "vacuna" Covid-19 se preparan para ser despedidos. Los trabajadores sanitarios franceses apuestan por evitar la "vacunación" obligatoria contra la Covid. Muchos trabajadores de la salud se niegan a recibir la "vacuna" Covid-19. Miles de trabajadores de la salud rechazan la "vacuna". Hospital revela que 49 enfermeras rechazaron la "vacuna". Sorprendente número de trabajadores del hospital que rechazan las "vacunas". Las enfermeras de St. Charles Bend que enfrentan el despido por el rechazo de la "vacuna" Covid-19 hablan. El escepticismo sobre las "vacunas" entre los médicos genera alarma en Europa y Estados Unidos. Cerca de 30 000 trabajadores de la salud en el sistema público no "vacunados" contra la Covid-19. Las enfermeras en el condado de Kansas se niegan a administrar la "vacuna" Covid-19. Más de 116 000 trabajadores del NHS no han recibido la "vacuna". Cientos de trabajadores de la salud de la Región Capital no cumplen con la fecha límite para "vacunarse". 5 empleados del hospital de Charleston despedidos después de negarse a recibir la "vacuna" Covid-19. Italia: 177 trabajadores sanitarios suspendidos por no inyectarse la "vacuna" Covid. 300 trabajadores de la salud en Italia han

presentado una impugnación legal contra el requisito de "vacunarse" contra el coronavirus. La escasez masiva de enfermeras golpea a Houston semanas después de que 150 enfermeras y trabajadores hospitalarios no "vacunados" fueran despedidos. Un hospital de Maine despidió a tantos empleados no "vacunados" que tuvieron que cerrar la UCI. Francia registró 1300 renuncias de enfermeras, dice el ministro de salud, citando el "agotamiento" como la posible causa. El gobierno provincial de Columbia Británica reconoció que creó una escasez de personal médico después de poner a más de 4000 profesionales de la salud en licencia porque optaron por no recibir las "vacunas". El NHS de Gran Bretaña perderá decenas de miles de empleados por las "vacunas" Covid obligatorias.

4 300 000 americanos dejaron su trabajo en agosto por no "vacunarse". El sindicato de policías de Massachusetts dice que decenas de policías estatales han renunciado por el mandato de la "vacuna" Covid del gobernador Charlie Baker. Las tropas estadounidenses sin vacunar siguen siendo 'cientos de miles' mientras se acerca la fecha límite del mandato que les obliga a estar completamente "vacunados". SouthWest Airlines cancela más de 1800 vuelos en 2 días en medio de rumores de que los empleados se manifestaron debido al mandato de la "vacuna" contra la Covid-19. El sheriff del condado de los Ángeles dice que no obligará a los agentes a recibir una "vacuna" Covid 'politizada'. 114 trabajadores del Laboratorio Nacional de Los Alamos en Albuquerque, Nuevo México, están demandando al gobierno federal por el mandato que los obliga a "vacunarse" contra el Covid-19. Casi un cuarto de millón de trabajadores que pertenecen a uno de los sindicatos más dinámicos y diversos de América del Norte simplemente están diciendo no a la "vacunación" obligatoria contra el coronavirus. Más de 180 funcionarios de la ciudad de San Francisco, incluidos la policía y los empleados del alguacil, fueron puestos en licencia por no estar vacunados. Casi 1900 empleados del estado de Washington renunciaron o fueron despedidos por negarse a obedecer el severo mandato de Covid. Estallan protestas en Seattle por los mandatos de "vacunas" para los trabajadores de la ciudad. 26 estaciones de bomberos de Nueva York han cerrado debido a los mandatos de vacunación contra el Covid. Más de 26 000 empleados públicos en la ciudad de Nueva York están rechazando la "vacuna" Covid-19. Las preocupaciones por la seguridad nacional de EE. UU. Aumentan a medida que las comunidades de inteligencia ven una resistencia masiva a los mandatos de "vacunas". 12 500 infantes de marina se niegan a la "vacunación".

En Estados Unidos, después de "vacunar" en masa al creyente inconsciente en el culto Covid (el primer 30%), tras incentivar o amenazar a los adoradores de la obediencia fácilmente controlados (otro 30%), los impulsores de "vacunas" han llegado **al 40% del país que se resiste ferozmente a aceptar la tiranía de las "vacunas".** En todo Estados Unidos, pilotos, bomberos, oficiales de policía, ayudantes del alguacil, trabajadores de la construcción, oficinistas y muchas otras personas están diciendo NO.

Cuando grupos informados se levantan y dicen: "¡No!", los tiranos finalmente se ven obligados a retroceder por la sencilla razón de que no se puede dirigir la

sociedad sin trabajadores. Y si esos trabajadores deciden que arriesgar su salud y su vida no vale la pena, la sociedad simplemente no puede funcionar.

Como informa The Epoch Times, el presidente del sindicato de policías de Chicago, John Catanzara, ha declarado que si Chicago intenta imponer mandatos de "vacunación" a la policía que trabaja en la ciudad, Chicago perderá la mitad de su fuerza policial. De manera similar, Seattle está **a punto de perder el 40% de su fuerza policial debido a los mandatos de vacunas**, como informa Zero Hedge. En Los Ángeles, **casi 1000 bomberos están a punto de demandar a la ciudad por el mandato**.

En este vídeo, podemos ver testimonios de personas que han perdido su trabajo, sencillamente porque no están dispuestas a dejar que nadie juegue con su salud.

Veamos como, "curiosamente", **crece el porcentaje de negacionistas entre padres, incluso entre aquellos que están "vacunados", cuando se habla de "vacunar" a sus hijos entre 5 y 11 años**:

Una nueva encuesta en Estados Unidos, ha demostrado que **solo el 37% de los padres estadounidenses están de acuerdo en que sus hijos, de entre 5 y 11 años, sean "vacunados" contra la Covid-19**. Mientras tanto, **el 35% se opone a que a sus hijos se les inyecten "vacunas" experimentales**, y solo el 10% de los padres "vacunados" insistirán en ello.

La encuesta de YouGov señala que el 26% de los padres están indecisos sobre la "vacuna" Covid-19, y **más del 60% de los adultos no están comprometidos a "vacunar" a sus hijos contra el supuesto virus**.

Los padres reacios a las "vacunas" citan los posibles efectos secundarios, la desconfianza en el gobierno y los científicos y la falta de pruebas exhaustivas como sus principales preocupaciones. Muchos padres que han sido "vacunados" también han dicho que no quieren que sus hijos reciban las "vacunas".

Esta información es consistente con una encuesta completada por la Kaiser Family Foundation, que muestra que **solo el 34% de los padres estadounidenses planean "vacunar" a sus niños en edad escolar tan pronto como se autorice una vacuna para el grupo de edad de 5 a 11 años**.

Otros aspectos relacionados con la pandemia que es bueno considerar para tener una visión global

Según parece, los médicos cobran por estar en los centros de vacunación (429) (430):

"Para mí, como médico residente, tengo que decir que el salario en los centros de vacunación es simplemente gigantesco. Aquí nos pagan 100 euros brutos la hora. A principios de año era una cantidad de 5 dígitos (15 600 euros) pero también

ahora es mucho. Actualmente se encuentra en el rango de 4 dígitos. Sí, a veces he de decir que también tenía mala conciencia ganando tanto aquí. Al final, dejé a un lado mi conciencia culpable en algún momento y dije, así son las cosas ahora".

Puede que a alguien le sorprenda saber que los médicos de cabecera en el Reino Unido, están siendo incentivados para inyectar a la población adulta un tratamiento experimental de Covid-19, que ha causado al menos 1.1 millones de reacciones adversas y 1.6k muertes, con un pago de 12.58£ por cada dosis administrada. Como parece que no es suficiente, para inyectar a los niños con el mismo tratamiento experimental de Covid-19, el NHS le ha dicho a los médicos de cabecera que tienen derecho a un pago adicional de 10£ además de las 12.58£ que tienen (consultar el punto 14 del documento).

El punto 5 del documento establece que se debe obtener el consentimiento correspondiente en todos los casos. En el caso de los niños de 12 a 15 años, esto sería el consentimiento de los padres o el propio consentimiento del niño si se hubiera evaluado que son competentes para dar su consentimiento para la "vacunación". Esto se conoce como competente de Gillick y se aplica a los menores de 16 años que se cree que tienen suficiente inteligencia, competencia y comprensión para apreciar plenamente lo que implica su tratamiento. Esto nunca debería aplicarse porque, como sabemos, incluso los adultos no pueden comprender y apreciar completamente lo que está involucrado en su tratamiento porque el NHS se niega a decírselo. ¿A cuántas personas jóvenes que han recibido el suero, se les ha dicho que tienen un riesgo grave de desarrollar miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación de los sacos protectores alrededor del corazón) si se inyectan con los sueros Pfizer o Moderna?

Según parece, no son los únicos:

También el personal sanitario cobra por estar en centros de vacunación (431) y no son los únicos, por ejemplo, en enero la Comunidad de Madrid, adjudicó de forma directa un contrato de seis meses a Cruz Roja por 804 098 euros para sumar 25 trabajadores a la inmunización de los más vulnerables (432), Comunidad que por cierto, llegó a pagar 2000 euros diarios por cada paciente en UCI a los hospitales privados (433), para una cantidad total de 19.2 millones de euros a la sanidad privada por atender a contagiados de la primera ola (434). 40 millones de euros en total a lo largo de la pandemia. También Andalucía, Extremadura, Navarra, Castilla y León y la Comunitat Valenciana, hicieron uso de la sanidad privada en la tercera ola y Catalunya en la primera (435).

En Cataluña, la Generalidad, fijaba en enero los precios que pagaría a los hospitales concertados y privados (436) (437) (438): 43 400 euros por paciente en la UCI. Los centros concertados decía, recibirán el mismo pago fijo del mes de febrero y si han atendido a pacientes con coronavirus cobrarán un 4% más. Además, los centros podrán facturar "actividad extraordinaria" derivada de la pandemia: además de los 43 400€ por paciente que haya estado en la UCI y reciba el alta, los hospitales recibirán 5000€ euros por paciente que no haya

pasado por la UCI y haya estado ingresado más de 72 horas o haya muerto y 2500€ por cada enfermo que haya permanecido en el centro menos de tres días; se pagan 93€ por cada PCR hecho, por cada alta de convalecencia en hospitales de campaña (pabellones) 1381.30€, por cada alta de hospitalización a domicilio 942.08 € y por cada estancia de larga duración 85.55€. **Un detalle importante que no debemos de olvidar, es que esos ingresos, dependen de un diagnóstico con un test y ya sabemos que el número de falsos positivos que producen es altísimo aunque algunos se empeñen en obviarlo**. **El que un hospital cobre o no alguna de las cantidades mencionadas, depende de un test PCR o de alguna de las otras formas de diagnóstico,** por mucho que el área de prensa del Departamento de Salud diga que: "Lo que determina la tarifa es el motivo del ingreso" (439). Es obvio, que si un paciente entra en un hospital, es por un diagnóstico previo y porque el médico correspondiente considera que dicho paciente debe ser ingresado, es decir, antes hay un diagnóstico y aunque a algunos les pese o lo quieran tapar, los test son las herramientas que utilizan, independientemente del número de veces que repitan dicho test.

En Cantabria, el Gobierno tambien retribuyó al personal sanitario implicado en el plan de "vacunación" contra la Covid-19 con más de 1.1 millones de euros para compensar la actividad extraordinaria que supuestamente llevó a cabo fuera de la jornada ordinaria. De la cuantía total aprobada 900 000 euros se destinaron a los profesionales del Hospital Valdecilla de Santander, 150 000 a los del Hospital Sierrallana de Torrelavega, 60 000 a los del hospital comarcal de Laredo y 30 000 a los del Tres Mares de Reinosa.

A nivel público, es difícil trazar un camino hasta el valor final porque el valor de los servicios sanitarios públicos no está publicitado, pero un primer acercamiento, para que nos hagamos una idea, llevaría a situar la cifra total que han costado los pacientes Covid en la sanidad pública, sobre los 2300 millones desde marzo hasta finales de 2020. Para calcular estos datos primero hay que concretar el precio de la estancia en una cama de planta de hospital y otra de UCI. Para ello se han escogido los datos publicados por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) que están actualizados. En 2020, un día de cama en un hospital público tenía un valor de 986 euros al día (todo incluido) mientras que la estancia en una Unidad de Vigilancia Intensiva, ascendía a 1713 euros. Una vez hallados estos datos, hay que ir al estándar o media de permanencia en un hospital que sufre un paciente con coronavirus. El Centro Europeo de Control de Enfermedades establece una primera pista: cuatro días después del ingreso hospitalario se entra en UCI (los pacientes que empeoran). En marzo de 2020, en España, la media de estancia en UCI llegó a los 25 días, a los que había que sumar unos doce en planta que requería ese paciente de gravedad. Además, a los pacientes que no necesitaban cuidados intensivos, se les solía tener unos doce días en la planta del hospital, hasta que dieran negativo (440). También en este caso utilizan los mismos métodos de diagnóstico, por tanto, también procede hacer las mismas consideraciones mencionadas para los hospitales privados y concertados.

Según parece, los médicos reciben dinero de las farmacéuticas (441):

En 2018, los médicos españoles recibieron 600 millones de las farmacéuticas. Desde 2018, estos pagos se publican con nombre y apellidos. La cifra es un 5% superior al 2017 y un 20% mayor que cuatro años antes. Las cifras de esta colaboración anual las publica desde 2016 la propia patronal de Farmaindustria (442). Además de la publicación de la cuantía total que realiza la patronal, todos los laboratorios farmacéuticos asociados (más de 190 compañías), han publicado en sus webs la relación completa de sus colaboraciones con los médicos en el año 2018, con el nombre y apellido de cada destinatario. Si un médico no acepta este modelo de transparencia, no puede colaborar con la industria farmacéutica.

La mayor parte de los 600 millones, 259 millones de euros, la invirtieron los laboratorios en contratos con organizaciones y profesionales sanitarios para desarrollar proyectos de investigación. La siguiente partida con más ayudas es la que reciben los médicos de la industria farmacéutica para cubrir los gastos por acudir a congresos científicos (118 millones). Las prestaciones por servicios profesionales fueron de 84 millones de euros, y las donaciones, que sólo pueden ir destinadas a organizaciones sanitarias, ascendieron a 37.5 millones. Los portales de transparencia de Pfizer y Janssen publican los "honorarios" que han dado en 2020 a profesionales sanitarios, hospitales, comunidades autónomas y otras instituciones.

Según un artículo de D. Diego Pohl en la revista Plaza (443), ese mismo año, presuntamente, una multinacional farmacéutica paga un total de diez millones de euros a médicos e instituciones científicas que, en la gran mayoría de casos, debían posicionarse sobre algunos productos y cuya recomendación positiva suponía obtener ventas millonarias para esa compañía. El nombre de la multinacional es GSK, pero no es la única. Ese mismo año, las farmacéuticas Pfizer, Sanofi y MSD también pagaron decenas de millones de euros. En algunos casos esos pagos han llegado a altos funcionarios de la administración de la sanidad pública.

Un caso mediático: Filipe Froes, neumólogo y médico portugués experto en Covid-19, recibió más de 385 000 euros de 24 empresas farmacéuticas por su participación en conferencias y servicios como consultor. El importe abonado se refiere al periodo comprendido entre 2013 y agosto de 2021, siendo Pfizer la farmacéutica que más pagos realizó al especialista, por un importe de 146 748 euros. Solo entre 2020 y 2021, Filipe Froes recibió 26 407 euros de Pfizer para participar en reuniones médicas, conferencias y congresos. El neumólogo es consultor de la Dirección General de Salud (DGS), coordinador de la Oficina de Crisis de la Asociación Médica Portuguesa, miembro del Consejo Nacional de Salud Pública y experto de la Comisión Técnica Nacional de Vacunación de la DGS. El médico también es un comentarista habitual de los medios de comunicación sobre Covid-19. Habiendo recibido esas cantidades, su habitual defensa de las farmacéuticas y de la inoculación generalizada, son bastante sospechosas. Lo que nos tenemos que preguntar es cuántas personas están cobrando por defender a las farmacéuticas, por promover las "vacunas" o por hablar bien del gobierno correspondiente y de sus medidas antiCovid.

Otro caso muy mediático, en este caso de un diputado: Juan Luis Steegmann, incansable defensor de la “vacunación”. Al margen de ser diputado por Madrid, es el responsable de Sanidad de VOX. Según esta información, empresas vinculadas a Steegmann (vinculadas laboralmente al menos, aunque no podemos asegurar al 100% que sea accionista en varias o en alguna de ellas) han recibido tan sólo en 2020, subvenciones por cantidad de 858 000€ por parte de dos polémicas farmacéuticas. En concreto, 222 000€ de Pfizer y la friolera de 636 000€ de Johnson & Johnson:

DE PFIZER: Fundación Pethema: 161 182€; SEHH: 3840€; Fundación Curación LMC: 28 000€; AMHH: 16 400€; FEHH: 13 000€.

DE JOHNSON & JOHNSON: FEHH: 458 290€; Fundación Investigación Biomédica: 85 469€; AMHH: 23 000€; SEHH: 69 643€.

Luís Varandas, otro médico conocido, recibe dos mil euros mensuales por su puesto de consultor en la empresa. El médico y el laboratorio defienden que la relación es de carácter científico y niegan los conflictos de intereses.

"Creemos que la ‘vacunación’ de los adolescentes debe ser, en esta etapa de la pandemia, una prioridad para Portugal. Para la salud general de los niños, pero también para el control de la pandemia". El pasaje proviene de un artículo publicado en Expresso en agosto, en el que dos pediatras defendían la vacunación universal para adolescentes, seis días antes de que la Dirección General de Salud decidiera a favor de ella. Uno de los médicos, Luís Varandas, tiene un contrato de consultoría científica con Pfizer desde noviembre del año pasado, hecho que no menciona al final del artículo del diario. Tanto el médico como el laboratorio (que desarrolló y comercializa una de las “vacunas” contra el Covid-19) defienden que la relación es de carácter científico y niegan que exista un conflicto de intereses.

Luís Varandas ha recibido 33 519 euros de Pfizer en los últimos cuatro años, que incluyen el dinero pagado por conferencias en las que fue ponente, grabaciones de vídeo sobre vacunas y el citado contrato de consultoría científica (que le proporciona 2000 euros mensuales). El contrato aumentó la implicación entre las dos partes, en torno al 58% del total recibido (19 573 euros) se cobró en este año. Los fondos detallados se pueden consultar en el Portal de Transparencia y Publicidad de Infarmed, un instrumento creado durante la época de la troika para aumentar la transparencia en las relaciones financieras entre los proveedores de atención médica y la industria farmacéutica y de dispositivos médicos.

El médico experto en infectología trabaja en el Hospital Pediátrico Dona Estefânia, en Lisboa, tiene una carrera académica en la Universidade Nova y fue coordinador del comité de vacunas de la Sociedad Portuguesa de Pediatría que es un organismo influyente, que emite recomendaciones a pediatras y otros profesionales de la salud sobre las vacunas para los niños, incluidos los que están fuera del Programa Nacional de Vacunación. Además del artículo en Expresso, Luís Varandas es una presencia habitual en los medios para hablar de “vacunas”. En Pfizer, brinda "apoyo técnico-científico al departamento médico, en las áreas

de Enfermedades meningocócicas y neumocócicas", indica la empresa en las respuestas enviadas.

Dos doctores (habituales en charlas en 2019) de sendos centros públicos de investigación de Galicia y la Comunidad Valenciana cobraron miles de euros de las farmacéuticas cuyas vacunas para la meningitis promocionaban en medio del proceso por el que Sanidad, de momento, rechazaba incorporarlas de manera generalizada al calendario oficial. Esa medida implicaría mayor financiación pública. Los pediatras Federico Martinón Torres y María Garcés cobraron individualmente casi 100 000 y 36 000 euros cada uno de las compañías Pfizer y GSK, las dueñas de esos sueros, entre 2017 y 2018.

Martinón Torres, que coordina el grupo de Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS), ingresó 71 800 euros de Pfizer y otros 24 500 de GSK en los dos últimos años, según los datos publicados por las propias farmacéuticas. Garcés Sánchez está adscrita al área de vacunas de Fisabio (la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana) y figura en el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Ingresó 30 346 euros de Pfizer entre 2017 y 2018 más 5 830 euros de GSK, según los mismos documentos. El grueso del dinero se refiere a "honorarios" por prestación de servicios distintos a los programas de I+D que Farmaindustria consigna en otros capítulos.

Otro caso sonado, es el del El Dr. Wilbur H. Chen. Chen define "desinformación" como cualquier cosa que contradiga la narrativa de Pharma. Chen insiste en que no se permitirá que nada traspase su burbuja protectora de información farmacéutica. Una búsqueda en el sitio web del gobierno Open Payments revela que Chen aceptó $ 437 250.70 de Emergent BioSolutions y GlaxoSmithKline (GSK) en 2020. GSK es uno de los cuatro fabricantes de vacunas más grandes del mundo, actualmente, está trabajando en una “vacuna” Covid-19 que ahora se encuentra en ensayos clínicos de fase 3.

Todos los productos de GSK deben presentarse ante el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en el que se sienta Chen, para ser aprobados.

Emergent BioSolutions es un fabricante contratado que fabrica vacunas para otros, incluida la “vacuna” Covid-19 de Johnson & Johnson (J&J) que se ha relacionado con coágulos de sangre y un trastorno hemorrágico.

Emergent BioSolutions tiene un historial de seguridad abismal. A pesar de que los reguladores federales son generalmente como el Sr. Magoo cuando se trata de detectar problemas de seguridad, los problemas en la planta de Emergent en Baltimore fueron tan atroces que a principios de este año la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. Cerró la planta y ordenó a J&J que se hiciera cargo de ella y ejecutarlo ellos mismos.

La FDA también ordenó que 75 millones de dosis de “vacunas” Covid-19 fabricadas en esa planta fueran destruidas debido a la contaminación. Todas las

vacunas fabricadas en la planta de Emergent BioSolutions primero deben ser aprobadas por el ACIP donde Chen es miembro.

Esto es completamente inaceptable. Según la Oficina de Estadísticas Laborales, había 27 550 pediatras empleados en los EE. UU. No hay absolutamente ninguna razón para que el ACIP utilice a una persona con conflictos de intereses financieros tan extensos.

El hecho de que estas decisiones involucren la salud de nuestros niños es de tremenda gravedad. Es más que alarmante que el ACIP no haya monitoreado adecuadamente los conflictos de intereses financieros entre sus miembros. Todos los votos anteriores del ACIP que involucren a Chen deben ser revisados por una junta de revisión externa independiente para ver si deben ser rechazados.

El CDC también debe examinar y divulgar públicamente todas las declaraciones de conflictos de intereses financieros de todos los miembros restantes del ACIP para determinar si hay problemas adicionales.

Las farmacéuticas, según parece, no solo tienen contacto con médicos, también, presuntamente, con más personas relevantes para sus intereses. Se ha iniciado una investigación sobre las conversaciones secretas que tuvieron lugar entre la presidente de la Comisión Europea y el director general de Pfizer para la venta de "vacunas". A principios de este año, GreatGameIndia informó de cómo el gigante farmacéutico Pfizer ha estado exigiendo un rescate a los gobiernos soberanos con extrañas demandas que piden reservas bancarias, edificios de embajadas y bases militares como garantía a cambio de las vacunas Covid-19. Además, los gobiernos han firmado acuerdos secretos con los fabricantes de vacunas contra el coronavirus, según los cuales las empresas farmacéuticas no pueden ser demandadas legalmente en caso de una reacción adversa a la vacuna o, en el peor de los casos, si un paciente muere a causa de ella.

La Defensora del Pueblo Europeo, Emily O'Reilly, máxima responsable de la rendición de cuentas y la gobernanza de la UE, inició una investigación sobre la negativa de la Comisión Europea a entregar el contenido de las comunicaciones entre Von der Leyen y el director general de una empresa farmacéutica no identificada sobre un contrato de "vacunas" Covid-19. Como primer paso, O'Reilly pidió a la Comisión que explicara su política de registro de los mensajes de texto de Von der Leyen. "La Comisión tiene la obligación de registrar los mensajes instantáneos relacionados con asuntos políticos, como la adquisición de las vacunas Covid-19", escribió la oficina de O'Reilly en un comunicado sobre el caso. En abril, el New York Times informó de que Von der Leyen había estado intercambiando textos y llamadas con el director general de Pfizer, Albert Bourla, durante un mes como parte de las negociaciones sobre la adquisición de "vacunas" para el bloque. El periódico escribió entonces que la diplomacia personal desempeñó un papel importante en la consecución del acuerdo sobre "vacunas".

Los fiscales rumanos han abierto una investigación sobre las adquisiciones de "vacunas" Covid del país y también han cerrado sus centros de "vacunas" porque

la gente se ha negado a las inyecciones experimentales. La Dirección Nacional Anticorrupción (DNA) de Rumania ha anunciado que abrió investigaciones relacionadas con las circunstancias en las que Rumania compró [demasiadas, parece que los fiscales insinúan] “vacunas” Covid.

Los fiscales dijeron que las investigaciones se abren para detectar un posible “abuso de poder” [que implica beneficios personales derivados de los hasta ahora no identificados] involucrados. En particular, el Ministerio de Salud fue administrado hasta principios de septiembre por el partido reformista USR-PLUS, que se retiró de la coalición gobernante mientras tanto y lanzó una moción de censura contra el Gobierno. Pero el ministerio de salud no participó directamente en la contratación.

"Hasta donde yo sé, los procedimientos seguidos para la adquisición [de “vacunas”] en todos los países de la Unión Europea fueron los mismos, y fueron desarrollados por la Comisión Europea", dijo Valeriu Gheorghiță, jefe de la campaña nacional de vacunación, según a Hotnews.ro .

Según parece, el pasado relacionado con multas de las farmacéuticas que fabrican los sueros, ha sido “intenso":

La pandemia está sirviendo a las grandes farmacéuticas mundiales como una oportunidad de redimirse como las salvadoras del futuro ante un público que tradicionalmente las ha mirado con recelo. Y no sin motivos. Todas acumulan en los últimos años un buen número de actividades delictivas por las que han sido sancionadas con miles de millones, sin embargo, la dispersión y poca publicidad que se da a estas sentencias hacen difícil contemplar el panorama de las ilegalidades cometidas por Big Pharma, como se suele denominar a estas multinacionales.

Denis Arnold, Oscar Jerome Stewart y Tammy Beck se han sumergido en los archivos del Departamento de Justicia, la SEC (comisión del mercado de valores estadounidense), las fiscalías estatales o la Agencia de Protección Ambiental (EPA), o han cursado peticiones de transparencia (FOIA) para obtener hasta el último dólar con el que han multado a las grandes empresas que están detrás de los tratamientos, test o vacunas contra el coronavirus.

La lista de multas, tanto en número como en cantidades económicas, está encabezada por GlaxoSmithKline o GSK, condenada en 27 ocasiones que han supuesto más de 9700 millones de dólares (los precios han sido ajustados por los autores a la inflación de 2016) en multas. Buena parte del total corresponde a la sanción de 3.000 millones de dólares que le impusieron en Estados Unidos en 2012, y que se convirtió en la mayor de la historia jamás pagada por un gigante farmacéutico. Como puede consultarse en la sentencia, los delitos cometidos por GSK fueron "la promoción ilegal de ciertos medicamentos recetados, su falta de reportar ciertos datos de seguridad y su responsabilidad civil por supuestas prácticas de reporte de precios falsos".

Tras GSK ocupan las primeras posiciones de esta fraudulenta carrera otros nombres conocidos. Pfizer (18 multas y 2910 millones) y Johnson & Johnson (15 multas y 2668 millones) comparten este podio de fechorías, pero también están en el de las empresas candidatas a elaborar la vacuna definitiva contra la enfermedad que provoca el SARS-CoV-2. Tras ellas, Abbott, autor del test de antígenos al que se atribuye parte del éxito madrileño al doblar la curva, está en cuarto lugar con 11 multas y 2581 millones de sanción entre 2003 y 2016.

AstraZeneca, acumula 10 multas y 1172 millones en los últimos años. La mayor parte de sus 'pecados' están relacionados con infracciones en los precios y el reparto de comisiones ilegales por conseguir contratos. De hecho, el que era director mundial de innovación de la farmacéutica, el oncólogo catalán Josep Baselga, tuvo que salir por patas del hospital Memorial Sloan Kettering tras desvelarse sus conflictos de intereses con varias empresas del sector, que él nunca reveló en sus artículos.

Los autores de la publicación, se centraron en compañías grandes (que hubieran formado parte de la lista Global 500 o Fortune 1000 de mayores empresas del mundo durante al menos siete años) y hallaron que, de las **26 farmacéuticas seleccionadas, un 85% habían sido sancionadas por actividades ilícitas**. Solo se libraban cuatro: Biogen, Celgene, Gilead y Hospira. Hay que agregar, no obstante, que Celgene y Hospira fueron absorbidas por Brystol-Myers y Pfizer respectivamente, dos grandes empresas que sí aparecen en la lista. El sobreprecio es una de las categorías que los autores del estudio han analizado, ya que casi todas las farmacéuticas grandes han acabado infringiendo alguna normativa en este aspecto.

Otras categorías criminales habituales en esta lista suelen ser el etiquetado engañoso, los sobornos o comisiones ilegales una vez logrado un contrato determinado, daños medioambientales o vulneración de los principios de competencia. De largo, las categorías sancionadas con más frecuencia son las relacionadas con los precios, con el 'marketing' para usos clínicos no aprobados, con las comisiones ilegales tras conseguir un contrato o con el etiquetado engañoso. También estudiaron cuántos años habían continuado las empresas, de media, la actividad ilegal asociada con las multas. Aparecen empresas menos conocidas como Actavis, más conocida por la compra en 2014 de Allergan, fabricantes del botox, por 66 000 millones de dólares. Actavis mantuvo de media durante 11 años las actividades por las que posteriormente fue sancionada, seguida de Amgen (9.78 años), Wyeth (8.71) o las ya mencionadas AstraZeneca (8.30) y GSK (7.22).

Según parece, con las "vacunas", los beneficios económicos para las farmacéuticas, son considerables (444):

Pfizer anunció unos beneficios netos en el primer trimestre de 4877 millones de dólares, un 45% más que en el mismo periodo del pasado año. Solo la "vacuna" ha reportado a la empresa 3500 millones de dólares, convirtiéndose en su producto más vendido.

AstraZeneca también informó de unos beneficios netos de 3144 millones de dólares en el periodo de 2020, un 159% más que el año anterior.

Moderna, otra de las empresas cuya "vacuna" está presente en todo el mundo, anunció unos beneficios netos de 1733 millones de dólares en el primer trimestre de 2021 con la "vacuna" contra la Covid-19. Se han hecho pedidos de 1500 millones de dosis de la "vacuna" para 2021 y 2022, con 460 millones de dosis para la UE y 500 millones para los Estados Unidos. Esto le costará a la Unión Europea 10 300 millones y a los Estados Unidos 7500 millones. Se estima que la empresa generará unos 18 400 millones de dólares en ingresos por las ventas de "vacunas" contra el coronavirus solo este año. El margen de beneficio de Moderna es del 44% por dosis, generando unos 8000 millones de dólares en beneficios para 2021. A pesar de este alto margen, la empresa ha indicado que espera aumentar los precios de las "vacunas" una vez que termine la pandemia.

El fabricante, presuntamente, está empleando estructuras de "evasión de impuestos" para trasladar sus ganancias a Suiza y al estado estadounidense de Delaware. Moderna embolsará ganancias libres de impuestos con los pinchazos financiados con fondos públicos. Un contrato filtrado entre Moderna y la Comisión Europea muestra que los pagos por las "vacunas" ordenadas por la UE van a una subsidiaria recientemente establecida de Moderna en Basilea. Suiza es conocida por sus bajas tasas impositivas y sus acuerdos fiscales secretos. Debido a este secreto, es imposible saber exactamente cuántos impuestos paga Moderna en Suiza, pero al contabilizar sus ganancias en esta jurisdicción de impuestos bajos, es probable que Moderna pague poco en impuestos sobre los miles de millones de euros que puede ganar con la crisis del coronavirus.

Además, las patentes de la "vacuna" de Moderna están registradas en Delaware, Estados unidos, un verdadero paraíso para las patentes. Delaware no grava los ingresos que provienen de activos intangibles, como las patentes. Es probable que gran parte de las ganancias obtenidas por Moderna se transfieran a Delaware a través del pago de regalías por el uso de patentes, donde se gravarán con una tasa baja.

Rovi es el principal fabricante de la "vacuna" Moderna contra el coronavirus fuera de Estados Unidos. La empresa fabrica en Granada el principio activo de ARNm de Moderna, materia prima que sirve para 100 millones de dosis. Es una de las pocas empresas del mundo que pueden realizar el ciclo completo de la "vacuna".

La familia López-Belmonte, principales accionistas de Rovi, vendió aproximadamente un 3% del capital social del laboratorio. La operación llegó en un momento en el que las acciones de la empresa cotizaban en máximos históricos gracias al acuerdo de fabricación de la "vacuna".

La venta coincide en un momento de crecimiento bursátil extraordinario para el laboratorio, al calor de las noticias sobre el acuerdo de producción para Moderna. En el último año, su capitalización se ha revalorizado un 125%, a un ritmo especialmente intenso en verano pasado cuando anunció el acuerdo.

Gracias a la pandemia los beneficios aumentaron el año pasado un 65% y el valor bursátil de la empresa supera ahora los 3000 millones de euros.

La tecnología para estas "vacunas" se desarrolló utilizando fondos públicos y los precios a los que se venden las "vacunas" a los gobiernos de todo el mundo permiten a las empresas farmacéuticas obtener ganancias masivas, **NEGOCIO REDONDO POR TODAS PARTES**. El tiempo medio para que una vacuna para cualquier enfermedad salga al mercado, es de 5-10 años, siendo el tiempo récord hasta ahora, 4 años. Para el caso de la enfermedad conocida como Covid-19, en menos de dos años tenemos 320 en fase de desarrollo y 12 que han logrado pasar a la fase 3 (inyectándose ya o muy próximas a poder hacerlo): Pfizer, Moderna, Astrazeneca, Janssen, Cansino, Sinovac, Shinopharm, Gamaleya, Novavax, Bharat, Sanofi, Curevax. Estas cifras nos demuestran dos cosas: las farmacéuticas ven un negocio muy lucrativo (no olvidemos que no dejan de ser empresas que buscan el mayor margen de beneficio posible) y que teóricamente (así lo demuestran los datos reales) es imposible que puedan ser efectivas, las prisas nunca son buenas consejeras, lo cual además, las convierte en peligrosas (ya estamos comprobando con datos reales, la escasa seguridad con que cuentan), puesto que es materialmente imposible que hayan hecho estudios a medio y largo plazo antes de comenzar a inocularse. Aún así, la mayoría de: políticos, instituciones, medios de "comunicación", e incluso de médicos o sanitarios; las recomiendan…Curioso, ¿verdad? El problema es que lo que aquí está en juego es la salud personal y la colectiva de la propia raza humana; las inyecciones no se pueden devolver como hacemos cuando hemos comprado un producto defectuoso.

Según los reportes de las acciones de las compañías que fabrican las "vacunas" antiCovid la campaña de refuerzos de la "vacuna" está por generarles enormes ganancias. De acuerdo con una investigación de AP: "la campaña de refuerzos de la vacuna antiCovid en los Estados Unidos está generado miles de millones de dólares en ganancias para sus fabricantes".

"Karen Andersen, analista de Morningstar, espera que para el próximo año, si la mayoría de las personas que viven en los Estados Unidos se aplican los refuerzos de Pfizer y BioNTech les generarán unos 26 mil millones de dólares y 14 mil millones en el caso de Moderna. Una de las razones por las que generan tanto dinero, se debe a que al tratarse de refuerzos, no tienen que invertir en costos de investigación y desarrollo.

En otras noticias, AP dijo que Pfizer espera que para el 2021, su "vacuna" antiCovid de ARNm genere unos 33.5 mil millones de dólares, cinco veces más de lo que generó su vacuna contra neumococo, que era su vacuna más vendida hasta este momento.

Un informe del grupo de análisis de datos de salud, Airfinity, proyecta ventas y ganancias "sin precedentes" para Pfizer y Moderna en 2022. De acuerdo con People's Vaccine Alliance, las compañías están poniendo el precio de sus "vacunas" en hasta 41 mil millones de dólares por encima del costo de producción estimado.

Se proyecta que los fabricantes de "vacunas" Pfizer y Moderna generarán ventas combinadas de $ 93.2 mil millones en 2022, casi el doble de la cantidad que se espera que recauden este año, dijo Airfinity, un grupo de análisis de datos de salud.

Airfinity situó las ventas totales de mercado de las "vacunas" Covid en 2022 en 124 000 millones de dólares, según el Financial Times.

Se prevé que las ventas de "vacunas" de Pfizer alcancen los 54 500 millones de dólares en 2022, y las de Moderna alcanzarán los 38 700 millones de dólares. Las estimaciones hacen diminutas las cifras anteriores, $ 23.6 mil millones para Pfizer y $ 20 mil millones para Moderna.

Según ActionAid International, una federación mundial que trabaja por un mundo libre de pobreza e injusticia, Moderna, Pfizer y BioNTech están obteniendo "ganancias astronómicas e inadmisibles" debido a sus monopolios de las "vacunas" antiCovid de ARNm.

Moderna y BioNTech reportan márgenes de ganancia del 69% y pagan muy poco en impuestos, dijo People's Vaccine Alliance el 15 de septiembre.

Gracias a los monopolios de patentes para las "vacunas" Covid, cuyo desarrollo fue apoyado por $ 100 mil millones en fondos públicos de los contribuyentes en los EE. UU., Alemania y otros países, las tres corporaciones obtuvieron más de $ 26 mil millones en ingresos en la primera mitad del año.

La Alianza también estimó que las tres corporaciones están cobrando de más, poniendo el precio de sus "vacunas" en hasta $ 41 mil millones por encima del costo de producción estimado.

"El modelo de negocio de las grandes farmacéuticas es un polvo de oro para los inversores ricos y los ejecutivos corporativos, pero devastador para la salud pública mundial", dijo Robbie Silverman, gerente de participación del sector privado para Oxfam.

Según un análisis de People's Vaccine Alliance, basado en el trabajo de científicos de MRNA en el Imperial College, Moderna y Pfizer-BioNTech han cobrado hasta 24 veces el costo potencial de producción de sus "vacunas".

El análisis de las técnicas de producción para Pfizer-BioNTech y Moderna, que se desarrollaron solo gracias a $ 8.3 mil millones de fondos públicos, sugiere que estas mismas "vacunas" podrían fabricarse por tan solo $ 1.20 por dosis.

Public Citizen ha revisado y publicado los contratos secretos entre Pfizer y Albania, Brasil, Colombia, Chile, República Dominicana, la Comisión Europea, Perú, los EE. UU. Y el Reino Unido. Los contratos revelan que las naciones han entregado un poder sin precedentes a Pfizer, y en prácticamente todos escenarios, los intereses de Pfizer son lo primero.

Algunos países, incluidos Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana y Perú, han puesto activos soberanos como garantía para demandas por lesiones por "vacunas", incluidas reservas bancarias, bases militares y edificios de embajadas.

Los contratos no solo garantizan los derechos de propiedad intelectual de Pfizer, sino que si Pfizer es declarado culpable de robar los derechos de propiedad intelectual de otros, algunos de los contratos transfieren la responsabilidad a los compradores del gobierno. Pfizer puede robar la propiedad intelectual de terceros sin consecuencias en al menos cuatro países.

Los contratos también le dan a Pfizer el derecho de amordazar al gobierno. En Brasil, los funcionarios del gobierno tienen prohibido hacer "cualquier anuncio público sobre la existencia, el tema o los términos del Acuerdo" sin el consentimiento por escrito de la empresa. Se incluyen disposiciones de no divulgación similares en los contratos con la Comisión Europea y el gobierno de EE. UU. La única diferencia es que las reglas de no divulgación se aplican a ambas partes.

A fines de febrero de 2021, la Oficina de Periodismo de Investigación informó que Pfizer estaba exigiendo a los países que ofrecieran activos soberanos como garantía para las demandas por lesiones esperadas por "vacunas" resultantes de la inoculación de Covid-19. Si bien al menos dos países, Argentina y Brasil, inicialmente rechazaron las demandas, calificándolas de abusivas, muchos otros aceptaron los términos de Pfizer desde el principio.

Estos gobiernos garantizan que Pfizer será compensado por cualquier gasto que resulte de las demandas por lesiones en su contra, para que la compañía no pierda ni un céntimo si su inyección de Covid lesiona a las personas, incluso si esas lesiones son el resultado de prácticas negligentes de la compañía, fraude o malicia.

Al mismo tiempo, los compradores gubernamentales deben reconocer que se desconoce por completo la efectividad y seguridad de las "vacunas". Esta es la máxima maleficencia corporativa, utilizando su influencia para forzar a estos países y evitando cualquier responsabilidad personal por daños.

Es igualmente sorprendente que **los países se vean obligados a cumplir con sus órdenes de "vacunas" incluso si surgen otros medicamentos o tratamientos que pueden prevenir, tratar o curar el Covid-19**. ¿Es de extrañar, entonces, que los gobiernos de todo el mundo hayan suprimido el uso de medicamentos como la hidroxicloroquina y la ivermectina?

Si se permitiera el uso de estos medicamentos y se pudiera demostrar que funcionan, las inyecciones de Covid serían completamente innecesarias, pero los gobiernos han comprado de cientos de millones de dosis. Si bien las "vacunas" Covid-19 se pueden recibir "gratis" en los Estados Unidos, los dólares de los contribuyentes las pagan a una tasa de $ 19.50 por dosis. En Albania, el coste de cada dosis es de $ 12 y en la UE, $ 14.70.

Estos contratos secretos otorgan a Pfizer un control total sobre su producto y aseguran el pago total, independientemente de si las inyecciones son necesarias o utilizables, al mismo tiempo que eliminan toda responsabilidad. **En resumen, Pfizer gana, independientemente del resultado de la campaña de "vacunación"**.

Al mismo tiempo, **Pfizer también** controla los medios **a través de su inversión publicitaria**. Como probablemente ya se habrá dado cuenta, las empresas de medios en la mayoría de los casos no informarán sobre nada que pueda poner en peligro las ganancias de sus anunciantes. Pfizer está financiando a los medios, que a su vez se negarán a morder la mano que los alimenta. Puede ver el amplio espectro de programación de medios patrocinada por Pfizer, que incluye "Nightline", "Making a Difference", "CNN Tonight", "Early Start", "Erin Burnett Out Front", "This Week with George Stephanopoulos", "CBS Sports", "Conoce a la prensa", "CBS This Morning" y "60 Minutes".

Los términos de estos contratos son aún más inquietantes cuando se considera lo peligrosa que está resultando ser la inyección de Pfizer. No es de extrañar que la empresa se haya negado a aceptar ninguna responsabilidad.

Mientras algunos europeos siguen resistiendo a las medidas de "vacunación" obligatoria, un grupo de parlamentarios ha censurado a la Comisión por permitir que las empresas farmacéuticas "pisoteen la democracia". Una de las lecciones más importantes que se aprenden en la vida es que nunca hay que comprar un producto antes de leer toda la letra pequeña del contrato. Sin embargo, parece que pocos burócratas de Bruselas, han entendido esa lección. En un esfuerzo por "proteger la salud de sus electores", compraron millones de lotes de "vacunas" Covid a varias empresas farmacéuticas sin dejar que los legisladores echaran un vistazo a los contratos.

Resulta que páginas enteras de estos documentos (los pocos que se han hecho públicos) han sido fuertemente redactadas. Esto ha levantado más de una ceja en la Unión Europea, y quizás ninguna más llamativa que la del eurodiputado rumano Cristian Terhes.

El eurodiputado rumano, que representa al Partido Nacional Campesino democratacristiano, citó un artículo de Euractiv que informaba: "El contrato, firmado entre la empresa farmacéutica CureVac y la Comisión Europea en noviembre, se puso a disposición de los eurodiputados [el 12 de enero de 2021] en un formato redactado después de que la empresa aceptara abrir el contrato al escrutinio".

Esto es realmente poner el carro delante de los bueyes, porque ¿cómo puede abrirse al escrutinio algo que ha sido tan groseramente redactado? Terhes denunció que Bruselas está "imponiendo un producto médico a los ciudadanos europeos sin que sepan lo que contienen estos contratos". Eso es sencillamente inexcusable y debería ser fácilmente tachado incluso por un abogado de tercera categoría.

Más sorprendente es que ni siquiera los diputados de la UE conozcan los detalles de los acuerdos.

Para demostrar su punto de vista, el eurodiputado rumano mostró páginas individuales del contrato de CureVac, cada una de ellas fuertemente redactada como una especie de imitación del "Cuadrado Negro" del artista Kazimir Malevich. La cosa no deja de ser preocupante cuando se analiza qué partes del contrato fueron tachadas. Según un análisis realizado por Euractiv, "el 4.22% de la sección de responsabilidad y el 15.38% de la sección de indemnización estaban redactados, mientras que el 0% de la sección sobre el tratamiento de datos personales estaba redactado".

Por otro lado, los anexos del contrato, que profundizan en los detalles del acuerdo, fueron redactados en un 61%. En total, se ocultó casi el 24% del contrato. Hágase ahora esta sencilla pregunta: ¿Firmaría usted una hipoteca si se descubriera que falta una cuarta parte del acuerdo? Me arriesgaré a decir que no. Tampoco nadie pensaría que eres 'antihipotecario' o 'indeciso hipotecario' si lo hicieras.

La verdad es que usted, y millones de otras personas racionales exactamente como usted, son simplemente 'pro-transparencia'. Sin embargo, estos consumidores médicos son tratados como ciudadanos de segunda clase por el simple hecho de querer más información antes de aceptar que les inyecten algo. Mi cuerpo, mi elección" es un grito de guerra que ya no se aplica, como millones de personas están descubriendo rápidamente, en el clima autoritario actual.

Hay que tener en cuenta que es sobre la base de estos contratos que los europeos debieron y deben llegar a una decisión, basada en el "consentimiento informado", de que van a tomar 'voluntariamente' la inyección para no ser condenados al ostracismo de la sociedad educada. A menos que acepten tomar una de las "vacunas" disponibles, los ciudadanos de la UE se enfrentan a la posibilidad de que se les niegue el derecho a trabajar, entrar en una tienda, comprar medicamentos, llevar a sus hijos a la escuela y viajar libremente de un país a otro.

Naturalmente, esto hace que lo que está en juego por no tomar la vacuna sea increíblemente alto, pero eso sólo empeora el hecho de que los detalles se oculten deliberadamente al público. No es ningún secreto que los gigantes farmacéuticos disfrutan de una indemnización total en caso de que una persona sufra una muerte o una lesión tras recibir una inyección de Covid. Y aunque estos desafortunados sucesos parecen ser raros, incluso Pfizer-BioNTech, que ha recibido la aprobación para ampliar la vacunación a los niños de 12 a 15 años en la UE y pronto la tendrá para los niños de 5 a 11 años, parece no estar seguro de cuáles pueden ser los efectos a largo plazo de las "vacunas".

"**Otras reacciones adversas, algunas de las cuales pueden ser graves, pueden ponerse de manifiesto con un uso más generalizado de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer-BioNTech**", afirma claramente en su página web.

La empresa goza de la protección de los acuerdos de no divulgación con muchos de sus clientes nacionales, entre ellos la Comisión Europea y el gobierno estadounidense. Con respecto a la UE, Bruselas tiene prohibido revelar información que sería "material para Pfizer sin el consentimiento de ésta", informó Public Citizen.

De hecho, CureVac estaba siendo bastante generosa con la Comisión de la UE, teniendo en cuenta que era la única empresa farmacéutica que aceptaba hacer público su contrato. Por supuesto, no había mucho que inspeccionar con todas las redacciones, pero los mendigos no pueden elegir, ¿verdad?

A la luz de la presión constante que se ejerce sobre Bruselas, en gran parte a puerta cerrada, la Comisión Europea ha admitido oblicuamente (con más de un año de retraso, y después de que los derechos y las libertades de los ciudadanos europeos hayan sido aplastados) que no utilizó el buen juicio al aprobar estas vacunas de emergencia.

En una resolución aprobada por abrumadora mayoría (458 a favor, 149 en contra y 86 abstenciones), el Parlamento de la UE exigió una legislación que hiciera "más transparente el proceso de investigación, compra y distribución de las "vacunas" Covid-19.

Esta declaración del Parlamento de la UE demuestra el poco respeto que Bruselas tenía por los principios democráticos cuando negociaba con los fabricantes de "vacunas", que, por cierto, han cosechado una ganancia inesperada con la pandemia. Los parlamentarios, que están siendo criticados en su país, exigieron que "la Comisión revele quién negocia las compras de 'vacunas' en su nombre. Debería publicar los acuerdos de compra celebrados con los proveedores de 'vacunas', incluyendo los detalles de las inversiones públicas y los costes de las 'vacunas', y hacer público cualquier posible incumplimiento de contrato".

El hecho de que Bruselas haya ocultado los detalles de sus acuerdos con los fabricantes de "vacunas" durante todo este tiempo, al mismo tiempo que destruía casualmente las libertades civiles de sus ciudadanos, les inhabilita totalmente para castigar a aquellas personas que sean "indecisas" a la hora de recibir la "vacuna". *El "consentimiento informado" es esencial para cualquier democracia que funcione, y a los europeos se les negó claramente ese derecho*.

Es interesante leer el testimonio (445) de Ivor Cummings (Ingenierío bioquímico que ha pasado los últimos nueve años investigando la salud metabólica y que conoce muchos detalles de las farmacéuticas) sobre las "vacunas" y el tema Covid:

"Las compañías farmacéuticas reconocieron que es posible que las "vacunas" no tengan ningún impacto en los contagios", dice. "En teoría no debería influir en los contagios. Y los datos del mundo real dicen que no. Entonces, la presión para vacunar no se basa en ninguna ciencia. Simplemente se basa en un deseo. Y es necesario cuestionar ese deseo".

“¿Cuál es la obsesión de intentar “vacunar” a todas las personas? Siento que parte de esto tiene que ver con el lucro y la influencia farmacéutica. Y también para poder justificar un pasaporte o permisos de vacunación”.

“Y en parte, creo que existe el temor de que tener un grupo de control sustancial, digamos que el 20 % o 30 % de las personas sin vacunar, demuestre que a menos que tengan afecciones médicas, en realidad no están en la peor situación y no contagian. Entonces, creo que ahora existe un deseo por eliminar el grupo de control”.

“Un grupo de control demuestra que el medicamento o las medidas de confinamiento no son tan buenas. Entonces, creo que ese es otro impulsor. La desesperación es la clave para deshacerse del grupo de control y vacunar a todas las personas, pero llega un punto en el que ya no puede percibir eso".

De hecho, esto es justo lo que han hecho Moderna y Pfizer, ambos eliminaron los grupos de control originales en sus pruebas iniciales de la vacuna antiCovid al proporcionar al proporcionarles la “vacuna” real de ARNm. Esto se hizo a pesar de que los ensayos estarán, supuestamente, en curso durante otros dos años.

“Todo es una especie de farsa, y no es necesario ser un teórico de la conspiración para decir que se trata de una farsa. En el fondo, la ciencia elemental se invirtió, le dieron la vuelta, se maceró y la tiraron al orinal. Y eso sin tocar temas complicados. Es una locura”.

“Quiero decir, que la mayoría de las personas ni siquiera se dieron cuenta de que la vacuna está bajo autorización de uso de emergencia (EUA). Un hombre en Irlanda fue a siete farmacias y les preguntó: ¿Cuál es el riesgo que corre mi hija de 20 años de contraer Covid? ¿Y cuál es el riesgo que tiene de sufrir efectos secundarios a causa del medicamento?' Y no pudieron responder”.

“Casi todos dijeron: 'Esto está completamente probado'. Les mostró los documentos y les dijo que es solo para uso de emergencia. Y no, en realidad no está completamente aprobada. Se sorprendieron un poco. Así que incluso todas las personas que administran [las “vacunas” antiCovid] no conocen ninguno de los hechos”.

“Los farmacéuticos pensaban que los efectos secundarios eran de 1 entre cientos de miles. Pero el folleto de Johnson & Johnson que trajo esta persona mostraba que había 1 en 10 000 posibilidades de un coágulo grave en el cerebro, la linfa o el bazo, etcétera”.

“Así que ni siquiera estaban al tanto del contenido del folleto. Por lo tanto, no existe el consentimiento informado ya que la persona que administra la “vacuna” no comprende los riesgos y en realidad la persona que los recibe tampoco”.

“En Irlanda, conozco personas dentro del sistema médico y la mayoría no se registra. Cuando las personas tienen una reacción, las envían a la sala de emergencias. La sala de emergencias simplemente trata el problema. Nadie toma

un lápiz para tomar notas. Así se ha hecho durante todo el tiempo. Entonces, escuché la estimación de que, en promedio, los problemas registrados los podría multiplicar por 5 o 10 para obtener la cantidad real".

Otro aspecto importante en la historia Covid, es la capacidad de los médicos para ser manipulados y manipular. La Asociación Médica Estadounidense (AMA), ha publicado un documento asombroso que afirma que la "desinformación desenfrenada" está "erosionando la confianza del público en la ciencia y socavando la confianza en los médicos y instituciones médicas". Para recuperar esa confianza perdida, la AMA procede a enseñar a los médicos cómo "retorcer la verdad" sobre la Covid. En la página 9 del documento, se les dice a los médicos que reemplacen la frase "tasas de hospitalización" con la afirmación de que todos los pacientes hospitalizados son "muertes", exagerando así las muertes por la supuesta enfermedad para lograr la histeria masiva. De manera similar, también se les dice a los médicos que reemplacen la palabra "encierro" por "orden de quedarse en casa", porque de alguna manera suena menos totalitario. En el mismo documento, en la página 8, se instruye a los médicos sobre cómo bloquear, desviar y redirigir las preguntas para encubrir la verdad sobre las lesiones y muertes causadas por las "vacunas". Se les instruye específicamente para que cambien de tema y rechacen las preguntas de los reporteros o pacientes, mientras promueven la propaganda "oficial" aprobada por la AMA al afirmar que todo se basa en "hechos", no en "ciencia" o "medicina". En esencia, la AMA ahora está intentando transformar a los médicos en títeres de propaganda para la agenda de despoblación global. Al parecer, practicar la medicina real ya no es la prioridad de la AMA. Más bien, los médicos deben practicar la mentira para seguir siendo un miembro de la AMA de buena reputación.

Hay una sección del documento, titulada "Cambios de idioma Covid-19". La AMA acaba de proporcionar pruebas que pueden utilizarse para enjuiciar a sus propios funcionarios por presuntos crímenes de lesa humanidad. Lo que es igualmente perturbador en todo esto es que la AMA parece no darse cuenta de que al publicar este documento, admite su propia complicidad en presuntos crímenes de lesa humanidad.

Vacunación de niños-adolescentes

Me gustaría hacer mención especial a lo que las mal llamadas "vacunas", están ocasionando en los jóvenes de entre 12 y 17 años, mostrando datos que están recogidos en bases de datos oficiales o en alguna referencia y que, por tanto, se encuentran al alcance de cualquier persona:

Los datos de seguridad aún están en desarrollo. No obstante, **ya se ha visto a corto plazo que cerca del 86% de los niños inoculados con la "vacuna" de ARNm** sufrieron alguna reacción adversa y en el estudio fase I/II de la "vacuna" a virus inactivado, se describió un caso grave de reacción adversa. **Se han reportado, entre otros: inflamación cardíaca (miocarditis aguda y miopericarditis) en adolescentes varones sanos de 14 a 19 años dentro de los 4 días posteriores a la recepción de la segunda dosis de la vacuna**

contra Covid-19, con hallazgos de troponina sérica elevada, un ECG anormal y una resonancia magnética cardíaca anormal; Síndrome de Guillain Barré, y coagulopatías. Estos efectos no fueron observados en los ensayos clínicos previos, como así **tampoco era conocido el efecto dañino que posee por sí sola la proteína espiga, en ausencia de virus, a nivel vascular y mitocondrial, ni su posible biodistribución por todo el organismo**.

Un estudio interno de Pfizer, demuestra que **el ARNm de la "vacuna" se biodistribuye rápidamente, logrando altas concentraciones en cerebro, pulmones, hígado, bazo y ovarios, entre otros. Definitivamente no permanece el ARNm de la vacuna en el sitio de inoculación ni en los nódulos linfáticos cercanos, lo cual, ayuda a entender los efectos adversos sistémicos que han ocurrido en un porcentaje de las personas inoculadas**. Sin embargo, no permite responder la pregunta de cuánto tiempo permanece el ARNm "vacunal" en el organismo porque no investigaron más allá de 96 horas post-vacuna.

Un estudio de Bahl y colaboradores de 2017, así como uno de He y colaboradores de 2020, **muestran evidencia de que, efectivamente, el ARNm exógeno (sea de una vacuna o de terapia génica) no se queda en el sitio de inoculación luego de su administración**. A diferencia del estudio de Bahl y colaboradores, que administraron la vacuna de forma intramuscular, en el caso del estudio de He y colaboradores, la administración fue intravenosa. En ambos casos, el ARNm exógeno se biodistribuyó rápidamente a diversos tejidos.

Otro estudio de 2008, que analizó la biodistribución de una vacuna de ADN (a diferencia de las vacunas de ARN, primero necesita llegar al núcleo donde se lleva a cabo la transcripción a ARNm) encontró que **el ARNm generado queda viable por al menos 7 días**. No sería válido simplemente hacer la inferencia para decir que entonces el ARNm de las "vacunas" de Pfizer y Moderna, o el ARNm ya transcrito de las "vacunas" vectorizadas también durará una semana. Se requiere hacer esos estudios. **Uno de los comentarios que más se escucha de quienes subestiman la duración del ARNm vacunal, es que es degradado rápidamente, pero eso no es cierto**. Efectivamente, en condiciones naturales **el ARNm foráneo se enfrenta a respuestas innatas dentro de la célula, lo que limita su viabilidad y acaba por destruirlo. Sin embargo, las "vacunas" de Pfizer y Moderna modificaron algunas de las bases nucleotídicas (las letras que conforman al ARNm), cambiando la uridina por pseudouridina e incluyendo 5-metil-citidina. Esto** evita **que se activen las respuestas innatas de las células, permitiendo que el ARNm de la "vacuna" permanezca más tiempo.**

Estos hallazgos científicos, generan incertidumbre acerca de los efectos inesperados a mediano y largo plazo derivados de la permanencia del antígeno vacunal en el plasma y de posibles reacciones inmunitarias cruzadas con órganos y tejidos, que puedan desencadenar la aparición de autoinmunidad. Debido a que son "vacunas" que se encuentran en fase experimental, debería evitarse la inoculación en los niños, por principio

de precaución, ante el desconocimiento de la posible afectación de la fertilidad tanto en las niñas como en los niños, en su etapa reproductiva (1).

En Estados Unidos, hasta el 12 de noviembre, según los últimos datos de VAERS para el rango de edad de 12-17 años, se han producido 17 725 **eventos adversos en total, incluidos** 1627 **clasificados como graves y 32 muertes notificadas** (2). **Las "vacunas" antiCovid-19 administradas a los** adolescentes **tienen 7.5 veces más muertes, 15 veces más discapacidades y 44 veces más hospitalizaciones que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA COMBINADAS, que están recibiendo estos adolescentes. En Estados Unidos ha habido 3000 casos más, más muertes, más hospitalizaciones y más eventos potencialmente mortales en los** últimos 9 meses **entre los adolescentes, que en los últimos 5 años para TODAS las vacunas**. **Los adolescentes tienen** 50 **veces más probabilidades de tener una enfermedad cardíaca después de las "vacunas" Covid que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA en 2021 combinadas.**

En un estudio publicado el 30 de julio (3), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reconocieron casi 400 informes de niños de entre 12 y 17 años que experimentaron inflamación del corazón después de recibir la "vacuna" de Pfizer/BioNTech. El estudio de los CDC también **incluyó 14 informes de muertes después de la "vacunación" en adolescentes**. Entre los que murieron, cuatro tenían entre 12 y 15 años, y 10 ocurrieron en jóvenes de 16 a 17 años.

Aunque en las muertes revisadas por los CDC se incluyeron 2 reportes de muertes como "suicidios", hay otros 2 informes de "embolia pulmonar", 2 "hemorragias intracraneales", 1 informe de "insuficiencia cardíaca" y 1 "trastorno sanguíneo poco común".

Todas las muertes fueron revisadas por médicos de los CDC y seis muertes están pendientes de análisis adicionales. Se determinó que ninguno de los informes de muerte fue causado por una inflamación del corazón.

Cabe tener en cuenta que un estudio calcula que solo el 1% de la totalidad de los eventos adversos se llegan a reportar correctamente.

En general, el estudio de los CDC revisó los eventos adversos entre los jóvenes de 12 a 17 años informados al Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas (VAERS) en los Estados Unidos entre el 14 de diciembre de 2020 y el 16 de julio de 2021.

Según el estudio de los CDC, hasta el 16 de julio, alrededor de 8.9 millones de adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años habían recibido la vacuna de Pfizer-BioNTech. **El VAERS recibió 9246 informes después de la vacunación con esta vacuna en este grupo de edad: el 9.3% fueron por eventos adversos graves, incluida la miocarditis (4.3% o 397 informes).**

Los CDC también revisaron los eventos adversos para el grupo de edad de 12 a 17 años informados durante el mismo período de tiempo a V-safe, un sistema de vigilancia de seguridad basado en teléfonos inteligentes controlado por los CDC y socios privados.

Según el estudio, 129 000 adolescentes estadounidenses de entre 12 y 17 años se inscribieron en V-safe después de la "vacunación" con Pfizer. Informaron reacciones locales (63.4%) y sistémicas (48.9%) con una frecuencia similar a la informada en los ensayos clínicos previos a la autorización. Las reacciones sistémicas fueron más frecuentes después de la dosis dos.

El estudio indicó que una pequeña cantidad de participantes de V-safe, informaron que fueron hospitalizados después de la "vacunación"; sin embargo, V-safe no registra un motivo de hospitalización y no se puede determinar si la hospitalización estaba relacionada con la "vacunación". Aunque los administra el CDC, el público no puede acceder a los datos de V-safe.

Aunque **el estudio de los CDC** no vinculó ninguna de las muertes que ocurrieron en el grupo de 12 a 17 años con la inflamación del corazón, sí **encontró que los eventos adversos graves reportados con mayor frecuencia en ese grupo de edad incluyeron: dolor en el pecho, aumento de los niveles de troponina, miocarditis y aumento de la proteína C reactiva**.

Según los CDC, **los hallazgos fueron consistentes con un diagnóstico de miocarditis, inflamación del músculo cardíaco que puede provocar arritmia cardíaca y la muerte**. El estudio estaba sujeto a varias limitaciones, que incluyen:

- VAERS es un sistema de vigilancia pasiva y está sujeto a informes insuficientes y sesgos de notificación.
- La documentación puede retrasarse o no estar disponible para revisión médica.
- La falta de una señal de seguridad estadística en el monitoreo planificado no excluye un problema de seguridad.
- El estudio no se diseñó para identificar todos los casos de miocarditis; solo se incluyeron los informes que enumeraban el término "miocarditis" de MedDRA.

La Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) agregó el 25 de junio (4) una advertencia a las hojas de datos de pacientes y proveedores para las "vacunas" Covid de Pfizer y Moderna, que indica un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis después de la "vacunación". Recientemente, en Canadá se ha añadido también una advertencia sobre la Parálisis de Bell para la vacuna de Pfizer (5).

Los informes de notas de advertencia de eventos adversos sugieren un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis, particularmente después de la segunda dosis y con la aparición de los síntomas unos días después de la "vacunación".

Si se hace un análisis (6) de los primeros datos notificados por VAERS y usamos V-safe, después de la "vacunación" de niños de 12 a 15 años y de 16 a 25 años con una vacuna de ARNm y se consideran particularmente la miocarditis y la pericarditis:

El análisis de los resultados obtenidos a través de la base de datos VSD muestra que:

- Se observan más casos después de la segunda dosis de "vacuna" de ARNm.
- Una tasa de aparición de 12.6 casos por millón de miocarditis / pericarditis después de la segunda dosis de la "vacuna" de ARNm dentro de los 21 días posteriores a la "vacunación".
- Las tasas parecen ser más altas para los hombres que para las mujeres.

Los resultados obtenidos a través de VAERS muestran que:

- La edad media de los pacientes notificados es más joven después de la segunda dosis en comparación con la primera dosis.
- Predominio de pacientes masculinos en grupos de edad más jóvenes, especialmente después de la segunda dosis.
- Informes de miocarditis y pericarditis observados > casos esperados, especialmente después de la segunda dosis en grupos de edad más jóvenes.

La actualización de la FDA, siguió a una revisión de la información y la discusión correspondiente en una reunión del ACIP el 23 de junio, donde el comité reconoció 1200 casos de inflamación cardíaca en personas de 16 a 24 años y dijo que las "vacunas" de ARNm Covid deberían llevar una declaración de advertencia.

Según un informe de **D. José Gefaell, la tasa de mortalidad (Infection Fatality Rate, o IFR) de la Covid en los niños y jóvenes es mínima, cercana a cero, tanto en España como en el mundo: la media global para 0-19 años es de 0.0027%**. Además, un elevado % de los pocos niños que han muerto eran niños que tenían graves patologías previas. De acuerdo con la base de datos VAERS de EE.UU. (donde todos los médicos de ese país están obligados a registrar los efectos secundarios de cualquier vacuna en sus pacientes), hasta el 27 de agosto de 2021 hay contabilizadas 13 911 muertes relacionadas con las vacunas en Estados Unidos y 650 077 personas con efectos adversos. 18 098 personas han quedado inválidas de por vida y 14 327 han corrido riesgo de muerte y 13 714 menores de 17 años sufrieron efectos adversos. Como hasta esa

fecha en Estados Unidos había en total 163 millones de "vacunados" con dos dosis, los 13 911 muertos suponen una **tasa de fatalidad por "vacunación" del 0.0085% en media para todas las edades, lo cual, es bastante mayor que tasa de fatalidad de la propia enfermedad en niños y adolescentes, lo cual a su vez, covierte las "vacunas" en innecesarias y peligrosas**.

Según el informe del profesor D. Teodoro Martínez, en España han muerto 22 niños/jóvenes de 0 a 19 años de 664 121 contagiados, entre una población total de 9 219 654. Es decir 3.31 muertes por cada 100 000 contagiados y se han contagiado más o menos 1 de cada 14 niños/jóvenes, lo que significa que sobre la población total de niños que hay en España, **han muerto 0.24 niños de cada 100 000; un 0.00024%**. **El riesgo de muerte por "vacuna" en un niño/joven sano es entre 37 y 518 veces mayor que si pasa la Covid** (7)**.**

Según otro documento elaborado por la Plataforma Iniciativa Conjunta, **la letalidad por la Covid-19 en personas de edad menor o igual a 19 años, es 557 veces menor que la del resto de población** (8).

Según un estudio realizado en Inglaterra, **los niños tienen un 99.995% de probabilidades de sobrevivir a la Covid-19** (9).

Los CDC, han estimado la **tasa de mortalidad por infección por Covid-19 entre los niños de 0 a 17 años, en 20 por cada 1 000 000** (10). En marzo, estimaba que un 42% de los niños entre 5 y 17 años, ya se habían infectado (11).

Según el informe del 31 de marzo de 2021 del **Comité de Pediatría Basada en la Evidencia, la mortalidad en menores de 14 años es 0.042 por cada 100 000 habitantes y una TLC (tasa de letalidad de casos) de 0.0094%**.

Según el análisis de los datos oficiales, hecho por Dña. Inés Sainz (científico de datos) (12), para el rango de edad de 0 a 19 años; ha habido 22 muertes de un total de 55.959 casos diagnosticados de un segmento de población de unos 9 millones de niños y adolescentes, por tanto, **la letalidad es de 0.00033% y la mortalidad de 0.00023%, es decir que a las personas de ese rango de edad, la enfermedad les afecta 650 veces menos que a la media de la población y que estos, tienen el doble de posibilidades de morir por las "vacunas" que de Covid.**

Analizando los datos oficiales del NHS en el Reino Unido, publicados semanalmente entre marzo de 2020 y el 11 de agosto de 2021, llegamos a una conclusión importante; **solo 1 de cada 1.7 millones de niños han muerto con Covid-19 en 18 meses, mientras que 1 de cada 9 niños sufrió una reacción adversa grave a la "vacuna" Covid-19 en los ensayos clínicos**.

La tasa estimada de mortalidad por infección (IFR) es cercana a cero para niños y adultos jóvenes. Pandemic Data (PANDA) informa que el IFR para menores de 19 años es 0.003%. Andrew Levin informó que la IFR

específica por edad estimada fue del 0.002% a los 10 años y del 0.01% a los 25 años. Comparativamente, el American Council on Science and Health (ACSH) informó de la IFR de la siguiente manera: 0-4 años, media 0.003%, 5-9 años, media 0.001%, 10-14 años, media 0.001%, 15-19 años, media 0.003%, 20-24 años, media 0.006%. Los datos más actualizados de la Academia Estadounidense de Pediatría mostró que "los niños representaron el 0.00% - 0.19% de todas las muertes por Covid-19, y 10 estados [de EE. UU.] informaron cero muertes infantiles. En los estados que informaron, el 0.00% - 0.03% de todos los casos de Covid-19 en niños resultaron en muerte.

Los profesionales que conforman el Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) han elaborado un documento en el que se analiza la "vacunación" Covid-19 en infancia y adolescencia:" **Los hechos descritos y las cuestiones planteadas nos obligan a compartir las dudas respecto a la 'vacunación' Covid-19 en adolescentes**".

En Estados Unidos, de acuerdo con la Academia Estadounidense de Pediatría, los niños oscilaron entre el 1.5% y el 3.5% de la cantidad total de hospitalizaciones por Covid-19 en los 23 estados que reportaron datos; entre el 0.2% y el 1.9% de todos los casos de niños terminaron en hospitalizados. En 43 estados que reportaron, los niños representaron de 0% a 0.25% de mortalidad. En otras palabras, **los niños tienen un menor riesgo de morir por Covid que los adultos**. Por otro lado, **utilizar cubrebocas ha aumentado el riesgo de sufrir enfermedades físicas y psicológicas**. Un estudio alemán recopiló **datos de 25 930 niños, de los cuales el 68% reportó efectos adversos por utilizar cubrebocas**. Entre esos efectos, el 29.7% reportó que le faltaba el aire, el 26.4% estaba mareado y el 17.9% no tenía ganas de moverse ni jugar.

Jonas Ludvigsson publicó un artículo clave en el New England Journal of Medicine sobre Covid-19 entre niños de 1 a 16 años y sus maestros en Suecia. **De los casi 2 millones de escolares que fueron seguidos en Suecia, sin mandatos de mascarilla, se informó que hubo cero muertes por Covid y solo unos pocos casos de transmisión y mínima hospitalización**. De manera similar, los datos muestran que menos del 1% de los estudiantes y el personal en el condado de Los Ángeles han dado positivo por Covid-19 desde que abrieron las aulas tras el verano. Además, solo alrededor del 0.2% de las personas que entraron en contacto con alguien que contrajo Covid-19 de la escuela más tarde dieron positivo.

Según otro estudio, **los adolescentes varones tienen 6 veces más probabilidades de sufrir problemas cardíacos a causa de la "vacuna" que de ser hospitalizados por Covid-19**. Un equipo dirigido por la Dra. Tracy Hoeg, de la Universidad de California, investigó la tasa de miocarditis cardíaca (inflamación del corazón) y dolor de pecho en niños de 12 a 17 años después de su segunda dosis de la "vacuna". Estos datos se compararon con la probabilidad de que los niños necesiten tratamiento hospitalario debido a Covid-19, en momentos de tasas de hospitalización bajas, moderadas y altas. Los investigadores encontraron que el riesgo de complicaciones cardíacas para los niños de 12 a 15 años tras la "vacuna" fue de 162.2 por millón, que fue el más

alto de todos los grupos que analizaron. La segunda tasa más alta se registró entre los niños de 16 a 17 años (94.0 por millón), seguidos de las niñas de 16 a 17 años (13.4 por millón) y las niñas de 12 a 15 años (13.0 por millón).

Mientras tanto, el riesgo de que un niño sano necesite tratamiento hospitalario debido a Covid-19 en los próximos 120 días es de 26.7 por millón. Esto significa que el riesgo al que se enfrentan por complicaciones cardíacas es 6.1 veces mayor que el de la hospitalización. Esto se basa en las tasas actuales de hospitalizaciones por Covid-19, que se consideran "moderadas". Durante un período de bajo riesgo de hospitalización, como junio de 2021, la probabilidad de complicaciones cardíacas aumenta a 22.8 veces más, y durante un período de alto riesgo, como enero de 2021, la probabilidad de complicaciones cardíacas sigue siendo 4.3 veces mayor.

"Esto no se puede descartar como una afección leve y autolimitada", advierte el Health Advisory & Recovery Team (HART). El despliegue de la 'vacuna' Covid-19 a los adolescentes ha comenzado, después de que el 4 de agosto el Comité Mixto de Vacunación e Inmunización (JCVI) anunciara que a todos los jóvenes de 16 y 17 años se les debería ofrecer la primera dosis de la "vacuna de Pfizer-BioNTech, a pesar de las pruebas de que la miocarditis es un efecto secundario real y grave de la "vacuna".

Los mejores datos del mundo real, procedentes del departamento de salud israelí, muestran un riesgo de miocarditis para los jóvenes de entre 20 y 24 años después de la segunda dosis de Pfizer de 1 entre 10 463, que se eleva a 1 entre 6230 para los de 16 a 19 años, y que se produce sobre todo en los primeros 7 días después de la "vacunación". Estas cifras sólo incluyen a los niños que acuden al hospital. Como reflejo del reconocimiento del riesgo por parte del JCVI, a los jóvenes de 16-17 años sólo se les ofrece una dosis en primera instancia, pero a todos los jóvenes de 18-25 años se les sigue ofreciendo una segunda dosis.

Se ha sugerido que la "vacunación" en este grupo de edad es válida, ya que la miocarditis también puede ocurrir con la infección por Covid-19 con **un documento no revisado por pares**, utilizando datos extraídos de los registros de salud para mostrar que la miocarditis se produjo en el 0.09% de los niños de 12 a 19 años, dentro de los 90 días de un diagnóstico de Covid-19. Sin embargo, esa tasa estimada de miocarditis asume que todos los casos de Covid-19 se mantienen dentro de su sistema de datos, lo que es muy poco probable que sea el caso dado que los niños son probablemente asintomáticos o con síntomas muy leves.

La desestimación de los datos en algunos sectores, sobre la base de que tales síntomas son leves y autolimitados, lo que no está nada claro, es una verdadera preocupación, como lo demuestra un informe reciente de 63 casos de miocarditis asociada a la "vacunación" en menores de 21 años de los Estados Unidos. Los jóvenes tenían una edad media de 15.6 años y todos se presentaron con dolor torácico: el 70% tenían ECG anormales, el 14% tenían una disfunción ventricular izquierda leve en la ecocardiografía, el 6% tenían arritmias cardíacas.

De los 56 pacientes a los que se les realizó una Resonancia Magnética Cardíaca, el 88% presentaba anomalías significativas en el realce tardío de gadolinio consistentes con "lesión y necrosis miocárdica no isquémica", siendo las apariencias más graves que las observadas en 16 niños con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C). Hasta la fecha, sólo se han repetido las resonancias magnéticas cardíacas de dos niños, y ambas muestran cambios persistentes. Los autores aconsejan que estos niños sigan los consejos dados para la miocarditis viral y eviten el deporte durante 3 a 6 meses.

Será necesario un seguimiento a largo plazo y no se puede descartar el riesgo de descompensación cardíaca en los próximos años. Una visión general de la miocarditis en los niños pone de relieve la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento precoces, pero también la posibilidad de una miocardiopatía dilatada en la vida adulta, con la posible necesidad de un trasplante de corazón.

Health Advisory & Recovery Team (HART) es un grupo de médicos, científicos, economistas, psicólogos y otros expertos académicos altamente cualificados del Reino Unido, reunidos para compartir su preocupación por las recomendaciones políticas y de orientación relacionadas con la pandemia de Covid-19.

Después de que se determinó que la "vacuna" para la Covid-19 de Moderna causa miocarditis particularmente en los jóvenes, los países como Suecia, Dinamarca, Finlandia e Islandia prohibieron temporalmente su uso en grupos de edad específicos. Noruega lo recomienda, pero no la prohíbe, igual que Francia para menores de 30 años.

La Alta Autoridad Sanitaria francesa (HAS) ha desaconsejado el uso de la "vacuna" Moderna para los menores de 30 años, basándose en particular en un estudio según el cual aumenta ligeramente el riesgo de miocarditis y pericarditis en dichos tramos de la población. Entre los jóvenes de 12 a 29 años se produce un caso de miocarditis por cada 7600 inoculaciones.

Realizado por el organismo Epi-Phare, que asocia al Seguro de Enfermedad (Cnam) y a la Agencia del Medicamento (ANSM), un amplio estudio publicado el lunes se centró en las personas de entre 12 y 50 años hospitalizadas en Francia por miocarditis o pericarditis entre el 15 de mayo y el 31 de agosto, es decir, 919 casos de miocarditis y 917 de pericarditis.

La miocarditis y la pericarditis son inflamaciones del corazón. La primera afecta al miocardio, el músculo principal del corazón, y la segunda al pericardio, la membrana que rodea el corazón.

Tal y como muestran los informes de farmacovigilancia, los resultados del estudio francés confirman que **las "vacunas" de Pfizer y, sobre todo, Moderna, aumentan el riesgo de que se produzcan estas enfermedades a los 7 días de la "vacunación", y con mayor frecuencia en hombres menores de 30 años**.

Según los informes, un nuevo análisis preliminar de fuentes de datos suecas y nórdicas encontró que "SpikeVax", como Moderna lo llama ahora, daña los cuerpos de los jóvenes y debe dejar de administrarse.

La Agencia Sueca de Salud Pública emitió una recomendación de que SpikeVax sse elimina inmediatamente para todos los jóvenes nacidos después de 1991. Dinamarca ya impuso una prohibición del medicamento para niños de entre 12 y 17 años.

La Agencia Sueca de Salud Pública ha decidido suspender el uso de la "vacuna" Spikevax de Moderna, para todos los nacidos en 1991 y después, por razones de precaución.

"La causa son señales de un mayor riesgo de efectos secundarios, **como inflamación del músculo cardíaco o del saco cardíaco**. Sin embargo, el riesgo de verse afectado es muy pequeño". "El aumento del riesgo se observa dentro de las cuatro semanas posteriores a la vacunación, principalmente dentro de las dos primeras semanas".

El mismo día que la Agencia Sueca de Salud Pública emitió esta declaración, la Autoridad de Salud Danesa emitió su propia declaración sobre cómo SpikeVax de Moderna causa "un mayor riesgo de inflamación del corazón".

Aunque es "extremadamente raro", insiste la agencia, **la inflamación del corazón no es algo bueno para que la experimenten los jóvenes, especialmente porque el virus chino en sí mismo casi no representa ningún riesgo para ellos**.

En abril, Dinamarca prohibió permanentemente las "vacunas" contra la Covid de AstraZeneca después de que se determinó que las inyecciones causan coágulos de sangre mortales.

Las autoridades sanitarias de Taiwán han suspendido la administración de segundas dosis de la "vacuna" Pfizer-BioNTech contra la Covid para jóvenes de entre 12 y 17 años, citando **preocupaciones sobre un mayor riesgo de inflamación cardíaca**.

Algunos países han ajustado sus políticas relativas a la administración de las vacunas contra el coronavirus a los niños y adolescentes. Hong Kong ha pasado de dos dosis de Pfizer a una sola dosis para los niños y jóvenes de 12 a 17 años. Reino Unido ha hecho algo similar, recomendando una sola dosis para los niños de entre 12 y 18 años.

El Dr. Marty Makary es un experto médico y profesor de la Escuela de Medicina Johns Hopkins, la Escuela de Salud Pública Bloomberg y la Escuela de Negocios Carey. Su equipo de investigación "trabajó con la organización sin fines de lucro FAIR Health para **analizar aproximadamente 48 000 niños menores de 18 años diagnosticados con Covid** utilizando datos de seguros médicos de abril a agosto de 2020. Después de estudiar datos completos sobre miles de niños, el

equipo **encontró una tasa de mortalidad de cero entre los niños sin una afección médica preexistente** (13).

Según una petición para evitar la "vacunación" infantil en Chile, cursada por más de **50 profesionales incluidos en la Agrupación de Profesionales de la Salud e Investigadores Independientes**; **hasta el 12 de julio de 2021, en este grupo la mortalidad fue del 0.002% y la letalidad del 0.035% (más del 60% tenía comorbilidades)**. En otras palabras, los niños y adolescentes tienen una **tasa de supervivencia del 99.97%**. Esto indica que la "vacunación" experimental masiva en niños y adolescentes no se encuentra justificada por emergencia o por alta letalidad.

El virus respiratorio sincitial (VRS) ha matado a más niños que el Covid en el Reino Unido (14). En Suecia, de más de un millón de escolares que vivieron sin encierros, distanciamiento social y mandatos de mascarilla durante la "primera ola", cero murieron por Covid.

Según un reciente estudio realizado por el profesor Retsef Levi, **la "vacunación" ha causado destrozos cardiovasculares entre los jóvenes**. **Tras la masiva inoculación de la "vacuna" entre chavales y jóvenes, se ha producido un exagerado acrecentamiento de infartos**. Aumento del 25% en paros cardíacos y ataques cardíacos (de 16 a 29 años). Incremento del 83.6% en infartos (mujeres de 20 a 29 años). En el siguiente vídeo, el profesor explica los resultados.

Examinemos un documento titulado 'Total de muertes por Covid-19 - resúmenes semanales' que se puede encontrar en el sitio web del NHS England. Echemos un vistazo a la versión más reciente que muestra datos hasta las 4 pm del 25 de agosto de 2021 y vamos directamente a una sección titulada 'Muertes por condición'.

La tabla proporciona un desglose de las personas que han muerto después de recibir un resultado positivo en la prueba del SARS-CoV-2 y las divide en personas que tenían una afección preexistente y personas que no tenían una afección preexistente. La tabla muestra un total de 48 presuntas muertes por Covid-19 en niños y adolescentes menores de 19 años hasta las 4 pm del 25 de agosto de 2021 desde marzo de 2020, y solo 9 de esas muertes fueron niños que no tenían antecedentes conocidos.

Esto no significa que los 9 niños que murieron sin condiciones preexistentes conocidas realmente murieron de Covid-19. Simplemente significa que no tenían ninguna condición preexistente. Esta cantidad muy pequeña de personas en el gran esquema de las cosas podría ser incluso más pequeña, ya que es muy posible que todavía murieran por otras causas debido al hecho de que registran las muertes por Covid-19 como cualquier persona que haya muerto dentro de los 28 días posteriores a la recepción de un prueba positiva para SARS-CoV-2.

Los niños parecen ser menos susceptibles que los adultos tanto a la infección como a la transmisión del SARS-CoV-2, países como Noruega mantuvieron bajas

tasas de transmisión a pesar de mantener abiertas las escuelas primarias. Se sugiere un papel limitado de los niños pequeños en el mantenimiento de las cadenas de transmisión; **es probable que la vacunación infantil tenga un beneficio marginal en la reducción del riesgo para los demás**. Según disminuye la circulación del virus, aumenta la edad de la infección primaria y, dado que la edad está directamente asociada con la patogenicidad, **la vacunación de los niños probablemente conduciría a tasas de letalidad más altas**. Además, según la duración relativa de la hipotética inmunidad inducida por las vacunas y la infección, y la tasa de cambio antigénico viral; **la vacunación de los niños podría aumentar la frecuencia de grandes epidemias estacionales, lo que provocaría un aumento general de la morbilidad y la mortalidad inducidas por virus** (15).

En un estudio en Italia (16), no encontraron una relación entre las fechas de apertura de la escuela y el aumento del número reproductivo básico (R_t) del SARS-CoV-2; los cierres de escuelas no afectaron la tasa de disminución de R_t. Además, la incidencia de SARS-CoV-2 entre los estudiantes es menor que en la población general. La incidencia entre profesores es comparable a la registrada en la población general de la misma edad. Finalmente, **el rastreo de contactos en las escuelas resultó en una frecuencia muy baja de infecciones secundarias encontradas por prueba, y en una baja frecuencia en las agrupaciones a pesar de una gran cantidad de pruebas cada semana**. Cuando el contagiado era un profesor, la fuente primaria de ese contagio, con mucha frecuencia, era otro adulto. La incidencia entre las personas en edad escolar fue baja en comparación con la incidencia sostenida entre las personas de 45 a 49 años. El lapso de tiempo entre la apertura de las escuelas y el aumento de R_t, no fue uniforme en las regiones italianas con diferentes fechas de apertura de las escuelas y con tiempos de demora más cortos en las regiones donde las escuelas abrieron más tarde. Por lo tanto, las infecciones por SARS-CoV-2 rara vez ocurren en la escuela y la transmisión de los estudiantes a los maestros es poco frecuente. **El análisis proporciona evidencia de que la apertura de escuelas no debe considerarse como un factor relevante que influya en la propagación de la epidemia de Covid-19 y que el cierre de escuelas no mejoró la disminución ya existente en el R_t de Covid-19**. En un estudio, se ha demostrado que **los profesores no corren un mayor riesgo de hospitalización como resultado de la infección por Covid-19 que el resto de la población**. Un estudio europeo de los CDC concluyó que "**no se ha encontrado evidencia que sugiera que los niños o los entornos educativos sean los principales impulsores de la transmisión de Covid**". Los CDC informan que **las tasas de muerte, lesiones y hospitalización son muy, muy bajas para los niños y adolescentes y que la transmisión de Covid en las escuelas, tanto del estudiante al personal como entre los estudiantes, también es muy baja**.

En otro análisis (17), afirman que **el beneficio potencial de la "vacunación" en los niños es muy escaso**. **La mayoría de los niños que contraen Covid-19, tienen una enfermedad leve**. Hay riesgos bajos de hospitalización y muerte (alrededor de dos por millón de niños en el Reino Unido), así como de un síndrome inflamatorio multisistémico (que es muy poco común). También hay

efectos indirectos (por ejemplo, educación interrumpida) y un posible Covid prolongado. Sin embargo, la **enfermedad grave por Covid es mucho menos común que en los adultos**. Además, **los niños pequeños y las escuelas parecen desempeñar un papel limitado en la transmisión**. **La "vacunación" de los niños tendría un beneficio marginal en la protección de otros**, particularmente una vez que las personas con mayor riesgo estén inmunizadas.

Un nuevo estudio (18), el más completo y quizá importante hasta la fecha se publicó en el Reino Unido el 7 de julio. Aunque en gran parte ignorado por la prensa convencional, el estudio es de gran importancia porque en realidad cuantifica los riesgos para la salud de Covid entre niños y adolescentes. Investigadores de prestigiosas instituciones médicas del Reino Unido, revisaron todos los casos de Covid que involucraban a niños y jóvenes (CYP) hospitalizados en el Reino Unido durante los primeros 12 meses de la pandemia. Entre los hallazgos clave del estudio:

- Solo 25 niños de 0 a 17 años en el Reino Unido murieron de Covid en los primeros 12 meses de la pandemia.
- De estas 25 muertes, 19 (76%) ocurrieron entre pacientes que tenían "comorbilidades crónicas" preexistentes y/o condiciones médicas "limitantes de la vida". Solo el 24% de las muertes por Covid ocurrieron entre niños sin "condiciones de salud subyacentes".
- **Esto significa que solo seis niños y jóvenes "sanos" en esta nación de 68 millones de personas murieron de Covid.**
- **Entre los 12.023 millones de niños y jóvenes del Reino Unido, la tasa de mortalidad fue del 0.002 por ciento. Expresada como probabilidad, la mortalidad por Covid en CYP fue 1 de 480 942**.
- Sin embargo, la gran mayoría de CYP en el Reino Unido (o cualquier nación occidental, incluidos los EE. UU.) NO tienen "comorbilidades crónicas" y/o padecen afecciones médicas que "limitan la vida".
- Una nota al pie del estudio, define las condiciones que limitan la vida como "enfermedades sin esperanza razonable de una cura que finalmente será fatal". Aproximadamente 3 de cada 1000 jóvenes tienen afecciones que se caracterizan como "limitantes de la vida".
- "Nuestros hallazgos enfatizan la importancia de las comorbilidades subyacentes como el principal factor de riesgo de muerte, ya que el 76% tenía enfermedades crónicas, el 64% tenía comorbilidades múltiples y el 60% tenía enfermedades que limitaban la vida".
- Entre los 25 niños del Reino Unido que murieron de Covid, 15 tenían una "afección neurológica que limitaba la vida", de los cuales 13 "tenían una neurodiscapacidad compleja debido a una combinación de una afección

genética o metabólica subyacente, eventos hipóxico-isquémicos o prematurez".

Según el estudio, si bien muchas afecciones médicas "crónicas" pueden afectar a los niños, la mayoría de estas afecciones comunes no se observaron en la muy pequeña cantidad de niños que murieron de Covid. Los autores señalaron: "Es importante señalar que no observamos muertes en los grupos que se han considerado con mayor riesgo de infecciones respiratorias, como asma, fibrosis quística, diabetes tipo 1 o trisomía 21". **A excepción de seis niños, los que murieron de Covid-19 eran "clínicamente extremadamente vulnerables"**.

Con la información anterior considerada en el contexto actual, probablemente sea conservador al estimar que el 2 por ciento de los niños del Reino Unido (1 de cada 50) viven con las condiciones médicas extremadamente graves descritas anteriormente. Esto significaría que el 98 por ciento de los jóvenes no lo hace. Suponiendo que mis suposiciones sean razonables, se puede calcular **la tasa de mortalidad nacional entre los niños que no se consideran extremadamente vulnerables. Este porcentaje es 0.00005 (6 muertes divididas por un estimado de 11.783 millones de CYP "saludables"). Expresado como probabilidad de muerte, esto sería 1 en 1.964 millones (aproximadamente 1 en 2 millones).**

Según este y otros estudios, las tasas de mortalidad por Covid varían significativamente según una categoría racial. Por ejemplo, entre la población de jóvenes blancos en el Reino Unido, solo 7 niños y adolescentes murieron de Covid. Aproximadamente el 86% de CYP en el Reino Unido son blancos. Sin embargo, esta cohorte comprendió solo el 28% de las 25 muertes por Covid. Dado que el 24% de los que murieron de Covid no tenían una enfermedad comórbida grave, podemos extrapolar que solo 2 niños no pertenecientes a minorías (7 x 0.24) sin una enfermedad crónica o que "limite la vida" preexistente, falleció de Covid.

Al extrapolar estas 2 muertes a la población estimada de 10.133 millones de jóvenes blancos que no padecen condiciones médicas extremas, obtenemos este un dato importante, **la mortalidad por Covid entre jóvenes blancos "sanos" en el primer año de la pandemia fue de aproximadamente 1 en 5.066 millones (0.00002%). Básicamente, las probabilidades de que un niño pequeño muera a causa de Covid son menores que las probabilidades de que elija correctamente los seis números ganadores de la lotería**. (Aunque son más altas, las probabilidades de que un niño sano de una minoría muera a causa de Covid también son extremadamente remotas).

Una investigación de los datos oficiales ha revelado que **desde que la "vacuna" Covid-19 comenzó a aplicarse a los adolescentes, ha habido un aumento del 62% en el número de muertes por todas las causas dentro de ese grupo de edad**. Una investigación de los datos oficiales de la ONS, también ha revelado que desde que se ofreció y administró la "vacuna" Covid-19 a los adolescentes en Inglaterra y Gales, **ha habido un aumento significativo** (89%) **en chicos varones, (viendo un aumento tan alto como un 200% en la**

última semana de octubre de 2021) en las muertes entre los adolescentes en comparación con el promedio de cinco años, con algunas semanas viendo un aumento tan alto como un 175% para los chicos y un 400% para las chicas en la semana 34. Para los niños de 12 a 15 años de edad, el ensayo clínico extremadamente corto y pequeño de la "vacuna" Pfizer Covid-19 encontró que la incidencia general de eventos adversos graves que dejaron a los niños incapaces de realizar sus actividades diarias, durante el período de observación de dos meses, fue del **10.7%, o 1 de cada 9 en el grupo "vacunado" y 1.9% en el grupo no "vacunado"**.

Los niños que recibieron la "vacuna" tuvieron casi seis veces más riesgo **de que ocurriera un evento adverso grave en el período de observación de dos meses en comparación con los niños que no recibieron la vacuna**. Además, la incidencia de Covid-19 en el grupo no "vacunado" fue del 1.6%, por lo tanto, se observaron eventos adversos casi siete veces más graves en el grupo vacunado que los casos de Covid-19 en el grupo no "vacunado".

Los datos de los Centros para el Control de Enfermedades indican que **el riesgo de mortalidad por Covid en niños de 0 a 14 años es menor que la gripe estacional, los accidentes automovilísticos y los ahogamientos**. También es muy poco probable que los niños sean hospitalizados o tengan un caso grave de Covid-19. La gripe estacional de toda la vida presenta un mayor riesgo.

Cuando se trata del riesgo moral para los niños, Covid-19 tiene un riesgo de mortalidad anual menor que los accidentes automovilísticos, la influenza y, para los niños de 5 a 14 años, el suicidio (Leonhardt, 2021). De hecho, **la tasa de supervivencia de Covid para personas menores de 19 años** de acuerdo con un reciente estudio realizado por dos científicos de Stanford **es casi del 100%**.

Datos de seroprevalencia de ocho lugares del mundo: Inglaterra, Francia; Irlanda; Países Bajos; España; Atlands, Estados Unidos; Nueva York, Estados Unidos; Ginebra, Suiza, muestra que **la tasa de mortalidad por infección para los niños de 0 a 9 años es inferior a 1 en 200 000 (menos de 5 en 1 millón) y de 1 / 55 000 para los de 10 a 19 años**.

Incluso **el riesgo de** hospitalización **como resultado de una infección por Covid es bastante bajo. Si se infectan con Covid-19, los niños de 0 a 9 años tienen en promedio una probabilidad del 0.1% o 1/1000 de ser hospitalizados y, para las** edades **de 11 a 19 años, un 0.2% o 1/500 de posibilidades de ser admitidos en el hospital**.

En Canadá, a 28 de mayo de 2021, había 259 308 casos confirmados de infecciones por SARS-CoV-2 en canadienses de 19 años o menos. De estos, 0.48% fueron hospitalizados, 0.06% ingresaron en UCI y 0.004% fallecieron. Según estos datos, **la influenza estacional se asocia con una enfermedad más grave que el Covid-19**.

Sunetra Gupta, epidemióloga de enfermedades infecciosas de la Universidad de Oxford, Carl Heneghan, médico de atención de urgencia del NHS y profesora de

Medicina basada en la evidencia en la Universidad de Oxford, así como Alberto Giubilini, investigador principal en enfermedades infecciosas en Oxford, aclaran su posición sobre la "vacunación" de niños a continuación. Publicaron un artículo de opinión en el European Journal of Medical Ethics en julio de 2021, explicando por qué no se debe exigir o alentar a los niños a tomar la "vacuna" Covid-19:

"**Los riesgos de Covid-19 para niños y jóvenes son mínimos**. Por ejemplo, en los EE. UU., Reino Unido, Italia, Alemania, España, Francia y Corea del Sur, las muertes por Covid-19 en niños siguieron siendo raras hasta febrero de 2021 (es decir, hasta el momento en que el estudio tenía datos disponibles), a razón de **0.17 por 100 000 habitantes**. **Los riesgos a largo plazo de las nuevas 'vacunas' Covid-19 en una población de millones de niños se desconocen por el momento, dado que los ensayos clínicos involucraron a unos pocos miles de sujetos durante un período de pocos meses**.

'Vacunar' a los niños sería una forma de tratarlos como un mero medio para servir los intereses de otras personas o alguna forma de bien colectivo. Ya lo hicimos mediante cierres indiscriminados y otras restricciones, como el cierre de escuelas. **Utilizar a los niños como un medio o incluso como meros medios de esta manera no es necesariamente incorrecto, pero solo puede justificarse si el costo impuesto es lo suficientemente pequeño y el beneficio lo suficientemente grande**. Desafortunadamente, **las "vacunas" Covid-19 actualmente disponibles no cumplen con ninguna de las dos condiciones**, dado nuestro estado actual de conocimiento. ***'Vacunar' a los niños solo representaría riesgos para ellos sin ningún beneficio directo sustancial***".

Pfizer y la FDA "acortando el camino"

Se han descubierto pruebas de que **Pfizer violó los protocolos del estudio y manipuló los datos con el fin de obtener una autorización de emergencia para que su "vacuna" experimental de ARNm antiCovid-19 se administre a niños**. Análisis y comparación del documento de revisión presentado por Pfizer a la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (sobre la base del cual la FDA dio luz verde para ampliar el permiso de emergencia para la "vacunación", también, para niños de 12 a 15 años), en lugar del protocolo de estudio en niños, revelan hallazgos preocupantes.

Estos incluyen violaciones al protocolo establecido por la propia Pfizer, y no menos graves, diseñar el protocolo del ensayo de manera que permita a la empresa presentar hallazgos lo más positivos posible en términos de seguridad de la "vacuna" en niños, e incluir la menor cantidad posible efectos secundarios graves en la revisión presentada a la FDA.

Según el documento de revisión presentado por Pfizer a la FDA, cuatro de los 1131 niños en el brazo del estudio que recibieron la "vacuna" Pfizer-BioNTech Covid-19 sufrieron eventos adversos graves ("EAG"), es decir, eventos en los que en al menos uno se cumplió el criterio: causó la muerte, es potencialmente mortal, requiere hospitalización o prolongación de la hospitalización existente, da

como resultado una discapacidad/incapacidad persistente, una anomalía congénita/defecto congénito.

De estos cuatro niños, tres tenían una depresión tan grave que fueron hospitalizados poco después de la "vacunación" (en los primeros 7 días después de la primera dosis, en el segundo solo un día después de la segunda dosis y en el tercero 15 días después de la primera dosis, respectivamente).

La consecuencia de este hallazgo es sumamente preocupante, ya que significa que uno de cada 350-400 niños "vacunados" podría sufrir una depresión severa y necesitar hospitalización.

Por tanto, **se trata de una flagrante violación del protocolo de estudio establecido por la propia empresa y aprobado por la FDA**. La implicación de tal violación es severa: si Pfizer fue tan negligente que incluyó a sujetos con antecedentes psiquiátricos en el experimento, contrariamente al protocolo que ellos mismos establecieron, significa que **el bienestar de los sujetos no es su principal preocupación**. Como señala la propia Pfizer en el protocolo: tales antecedentes pueden aumentar el riesgo de participación en el estudio.

En al menos dos criterios, la compañía parece haber diseñado manipuladamente el protocolo de una manera que le permitiría presentar hallazgos tan positivos como sea posible en términos de seguridad de la "vacuna" en niños:

1) ***Diseñar el protocolo de manera que reduzca, tanto como sea posible, la inclusión de eventos adversos graves en un informe presentado a la FDA***. La implicación preocupante de esta práctica es que los eventos adversos graves pueden no aparecer en el informe sobre la base del cual, la FDA, emite la autorización de emergencia para niños, por lo que el seguimiento continuo, incluso si se publica unos meses o años después de que se haya emitido la autorización temporal emitida, no ayudará a los niños que sufrirán daños o morirán después de la luz verde de la FDA.

2) ***Diseñar el protocolo de manera que se puedan ignorar los diagnósticos de eventos adversos graves dados en hospitales no relacionados con el sitio del estudio***. Dentro de los términos de las medidas de resultado en el protocolo del estudio, tal como se presenta en Clinicaltrials.gov, Pfizer determinó que el equipo de investigación seleccionado por Pfizer será el que defina los eventos adversos como tales. De esta manera, la empresa ha otorgado a los investigadores seleccionados por ellos el poder de definir por sí mismos cuál será el diagnóstico, independientemente del diagnóstico que se dé en el hospital / sala que no está definido como el sitio de investigación.

Tal determinación significa que si un participante en particular sufre eventos adversos graves y ha sido tratado, por ejemplo, fuera del hospital o la sala que funciona como centro de investigación, entonces, de hecho, el diagnóstico realizado por los médicos tratantes en el hospital/sala en la que se trata al participante es irrelevante. De esta manera, **Pfizer ha permitido que su**

equipo defina cuál será el diagnóstico, en lugar de dejar que el diagnóstico dado por los médicos tratantes los confunda.

El análisis de riesgo-beneficio de la FDA en relación con la aplicación de la autorización de uso de emergencia (UCE) de Pfizer para inyectar a niños de 5 a 11 con su "vacuna" Covid-19 es un documento con serios fallos:

- ***Las tasas de Covid en niños de 5 a 11 años son tan bajas que hubo CERO casos de Covid grave y CERO casos de muerte por Covid en el grupo de tratamiento (n=1518) o en el grupo de control (n=750)***. Por lo tanto, **cualquier afirmación que vea en la prensa acerca de que la "vacuna" Pfizer es "90% efectiva" en niños no tiene sentido porque se refiere a casos leves de los cuales los niños generalmente se recuperan rápidamente (y luego tienen una sólida inmunidad de amplio espectro)**. Así que, literalmente, no hay ninguna emergencia en esta población para la que se pueda solicitar EUA.

- ***El ensayo clínico de Pfizer en niños fue intencionalmente insuficiente para ocultar el daño***. Este es un truco bien conocido de la industria farmacéutica. La FDA incluso los llamó al respecto a principios de este verano y le pidió a Pfizer que expandiera la prueba y Pfizer simplemente los ignoró porque pueden. (**Pfizer** manipuló **el estudio importando datos de un estudio diferente, pero este otro estudio solo monitoreó los resultados adversos durante 17 días, por lo que, en todo caso, los nuevos datos contaminaron los resultados en lugar de aclararlos**).

- ***Pfizer solo reclutó a 'participantes de 5 a 11 años de edad sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2'***. Pfizer no tiene idea porque los niños con infección previa por SARS-CoV-2 fueron excluidos de este ensayo. Esto fue por diseño. Según un análisis de Alex Berenson:

  "Lo que están diciendo los británicos es que ahora están descubriendo que **la 'vacuna' interfiere con la capacidad innata de su cuerpo después de la infección para producir anticuerpos no solo contra la proteína del pico, sino también contra otras partes del virus**. Específicamente, las personas 'vacunadas' no parecen estar produciendo anticuerpos contra la proteína de la nucleocápside, el caparazón del virus, que es una parte crucial de la respuesta en personas no 'vacunadas'.

  "**Esto significa que las personas 'vacunadas' serán mucho más vulnerables a las mutaciones en la proteína de pico INCLUSO DESPUÉS DE QUE SE HAYAN INFECTADO Y RECUPERADO UNA VEZ (o más de una vez, probablemente). También significa que es probable que el virus seleccione mutaciones que vayan exactamente en esa dirección porque eso esencialmente le dará una enorme población vulnerable para infectar. Y probablemente sea aún más evidencia de que las 'vacunas' pueden interferir con el**

desarrollo de una sólida inmunidad a largo plazo después de la infección".

- ¿***Pfizer perdió contacto con el 4.9% de los participantes de sus ensayos clínicos***? El documento de riesgo-beneficio de la FDA establece: "Entre los participantes de la Cohorte 1, el 95.1% tuvo un seguimiento de seguridad ≥2 meses después de la Dosis 2 en el momento del corte de datos del 6 de septiembre de 2021". Entonces, ¿qué sucedió con el 4.9% que no tuvo seguimiento de seguridad 2 meses después de la dosis 2?

  ¿Estaban en el grupo de tratamiento o de control? No tenemos idea porque Pfizer no lo dice. Dado el pequeño tamaño del ensayo, no realizar el seguimiento con el 4.9% de los participantes sesga potencialmente los resultados.

- ***El período de seguimiento fue intencionalmente demasiado corto***. Este es otro truco bien conocido de la industria farmacéutica diseñado para ocultar el daño. La cohorte 1 parece haber sido seguida durante dos meses, la cohorte 2 solo se controló para detectar eventos adversos durante 17 días.

  Muchos daños de las vacunas, incluido el cáncer y los trastornos autoinmunitarios, tardan mucho más en aparecer.

- ***El modelo de riesgo-beneficio creado por la FDA solo analiza un daño conocido de la inyección de ARNm de Pfizer: la miocarditis***. Pero sabemos que los daños en el mundo real de la inyección de ARNm de Pfizer van mucho más allá de la miocarditis e incluyen anafilaxia, parálisis de Bell, ataque cardíaco, trombocitopenia/plaquetas bajas, discapacidad permanente, herpes zóster y síndrome de Guillain-Barré, por nombrar algunos.

  El cáncer, la diabetes, la alteración endocrina y los trastornos autoinmunitarios pueden aparecer más tarde. Pero la FDA ignora todos esos factores en su modelo.

- ***Pfizer elimina intencionalmente al grupo de control tan pronto como pueden al "vacunar" a todos los niños que inicialmente recibieron el placebo***. Afirman que están haciendo esto por "razones éticas". Pero la historia de los crímenes de Pfizer deja claro que la ética no es parte de su filosofía, el motivo obvio es es acabar con cualquier grupo de comparación para que no pueda haber estudios de seguridad a largo plazo.

  Eliminar al grupo de control es un acto criminal y, sin embargo, Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson y AstraZeneca lo hacen como práctica estándar con la aprobación de la FDA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- Teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿cómo es que la FDA afirmó algún beneficio de esta "vacuna"?

  "***La eficacia de la 'vacuna' se infirió mediante la inmuno-puenteo de títulos de anticuerpos neutralizantes de SARS-CoV-2 al 50% (NT50, ensayo de microneutralización de mNG de SARS-CoV-2)"***. Hubo CERO casos de Covid-19 grave en el ensayo clínico de niños de 5 a 11 años. Por lo tanto, Pfizer y la FDA simplemente ignoraron todos los resultados de salud reales.

  En su lugar, Pfizer pasó a buscar anticuerpos en la sangre. En general, los anticuerpos son un mal predictor de inmunidad. Y los anticuerpos en la sangre de estos niños de 5 a 11 años no nos dicen nada porque nuevamente, hubo cero casos de Covid-19 grave en este estudio (ninguno en el grupo de tratamiento, ninguno en el grupo de control).

  Así que a los directivos de Pfizer se les ocurrió hacer un "puente inmunológico". Pfizer analizó el nivel de anticuerpos en los análisis de sangre de otro estudio, en el que participaron personas de 16 a 25 años, calculó el nivel de anticuerpos que parece ser protector en esa población y luego calculó cuántos niños de entre 5 y 11 años tenían niveles similares de anticuerpos en su sangre, y luego propuso un número de cuántos casos, hospitalizaciones, admisiones a la UCI y muertes se evitarían con esta "vacuna" en la población de 5 a 11 en el futuro, según los niveles de anticuerpos y los resultados de salud de la población de 16 a 25 años. Este truco no tiene precedentes en un análisis de riesgo-beneficio.

  Entonces, cuando la FDA usa esta lógica desvirtuada desde el comienzo de su documento informativo, todos los cálculos que se deriven de esto serán completamente erróneos. No solo incorrecto, sino absurdo y gravemente incorrecto.

  Todo el juego se reduce a la Tabla 14 en la página 34 del documento de riesgo-beneficio de la FDA. Y ahí llegan las banderas rojas.

- ***El modelo de la FDA solo evalúa los beneficios de la protección de la "vacuna" en un período de seis meses después de completar dos dosis. Además, asume la eficacia de la "vacuna" constante durante ese período de tiempo***. Esto es erróneo y problemático por varios motivos.

  Primero, reducir los casos leves en niños no es un resultado clínico deseado. Como el Dr. Geert Vanden Bossche señala, la "vacunación" masiva se convierte en niños que derraman variantes más infecciosas. Él dijo:

  "**Bajo ninguna circunstancia se debe "vacunar" a personas jóvenes y sanas, ya que solo erosionará su inmunidad innata protectora frente a los coronavirus (CoV) y otros virus respiratorios**".

"**Su inmunidad innata los protege normalmente/naturalmente en gran medida y proporciona una especie de inmunidad colectiva en el sentido de que diluye la presión de CoV infecciosa a nivel de la población, mientras que la 'vacunación' masiva los convierte en transmisores de variantes más infecciosas**".

"Los niños / jóvenes que contraen la enfermedad en su mayoría desarrollan una enfermedad leve a moderada y, como resultado, continúan contribuyendo a la inmunidad colectiva al desarrollar una inmunidad amplia y duradera.

"Si está 'vacunado' y contrae la enfermedad, también puede desarrollar inmunidad de por vida, pero ¿por qué correría el riesgo de "vacunarse", especialmente cuando es joven y está sano?

En primer lugar, existe el riesgo de posibles efectos secundarios; en segundo lugar, existe el riesgo cada vez mayor de que sus anticuerpos vacunales ya no sean funcionales mientras aún se unan al virus, aumentando así la probabilidad de ADE o incluso de una enfermedad grave.

En segundo lugar, sabemos que la eficacia de la "vacuna" en el mes posterior a la primera dosis es negativa porque inhibe el sistema inmunológico y comienza a disminuir después de cuatro meses, por lo que todas las estimaciones de la FDA sobre la eficacia de la "vacuna" están desinformadas usando el riesgo relativo en vez de riesgo absoluto.

En tercer lugar, es probable que los daños de la miocarditis de estas "vacunas" se desarrollen a lo largo de los años. Robert Malone, uno de los inventores de la tecnología de ARNm, señala que la FDA está admitiendo que los niños serán inyectados dos veces al año para siempre (de ahí el marco de tiempo de seis meses en el modelo de riesgo-beneficio de la FDA).

Pero los riesgos de "eventos adversos como la miocardiopatía serán acumulativos". Por lo tanto, cualquier modelo que solo considere un período de tiempo de seis meses oculta la verdadera tasa de eventos adversos.

- ***La FDA/Pfizer juegan con sus estimaciones de miocarditis***. Primero, estiman la miocarditis "en exceso" (causada por la "vacuna") utilizando datos de la "base de datos de reclamos de salud Optum" privada en lugar del sistema público del Sistema de notificación de eventos adversos de "vacunas" (VAERS) (consulte la página 32). Por lo que es imposible que el público verifique sus afirmaciones. Luego, cuando se trata de calcular cuántos niños con miocarditis inducida por vacunas serán hospitalizados e ingresados en la UCI, utilizan el enlace de datos de seguridad de las vacunas (consulte la página 33). ¿Por qué cambiar a una base de datos diferente para esas estimaciones? Finalmente, no hay explicación de cómo calcularon las muertes por miocarditis "en exceso", por lo que simplemente pusieron 0.

La FDA estima que habrá 106 casos adicionales de miocarditis por cada millón de niños de 5 a 11 años con doble dosis. Hay 28 384 878 niños de 5 a 11, en la administración de EE.UU. Biden quiere inyectar vacunas de Pfizer ARNm en todos ellos y ha comprado ya suficientes dosis de hacer eso (aunque sólo 1/3 de los padres quieren inyectar a sus hijos con esta inyección).

Entonces (si la administración de Biden logra su plan) 106 casos de miocarditis en exceso por 1 millón x 28.38 millones de personas serían 3.009 casos de miocarditis en exceso después de la vacunación si se aprueba la vacuna Pfizer.

Y en el transcurso de varios años, muchos de esos niños morirán. El Dr. Anthony Hinton (Cirujano consultor con 30 años de experiencia en el NHS) señala que la miocarditis tiene una tasa de mortalidad del 20% después de dos años y una tasa de mortalidad del 50% después de cinco años.

Leyendo la "Guía para estudios de economía de la salud presentada al Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), Actualización de 2019" de los CDC, es fácil darse cuenta de que el lamentable análisis de riesgo-beneficio de la FDA en relación con la aplicación EUA de Pfizer para niños de 5 a 11 años de edad, viola muchos de los principios del documento de orientación de los CDC. El documento de "Guía" de los CDC describe 21 cosas que todo estudio de economía de la salud en relación con las vacunas debe hacer y el análisis de riesgo-beneficio de la FDA violó al menos la mitad de ellas.

Vamos a centrarnos en un solo factor: el número necesario a "vacunar" (NNTV). En cuatro lugares separados, el documento de orientación de los CDC menciona la importancia de crear un número necesario para vacunar (NNTV). No recordaba haber visto un NNTV en el documento de riesgo-beneficio de la FDA. Así que volví a comprobar el análisis de riesgo-beneficio de la FDA y, efectivamente, no se mencionó ningún NNTV.

Debido a que la FDA no proporcionó un NNTV, vamos a intentar proporcionarlo aquí:

El número necesario a tratar (NNT) para prevenir un solo caso, hospitalización, ingreso en la UCI o muerte, es una forma estándar de medir la eficacia de cualquier fármaco. Es una herramienta importante porque permite a los legisladores evaluar las compensaciones entre un medicamento nuevo, un medicamento existente diferente o no hacer nada. En la investigación de vacunas, el término equivalente es número necesario para vacunar (NNTV, a veces también escrito como NNV) para prevenir un solo caso, hospitalización, ingreso en la UCI o muerte (esos son 4 NNTV diferentes que se podrían calcular).

Las farmacéuticas odian hablar de NNTV y odian hablar de NNTV aún más cuando se trata de "vacunas" Covid-19 porque el NNTV es tan ridículamente alto que esta vacuna no pudo pasar ningún análisis honesto de riesgo-beneficio.

Varios economistas de la salud han calculado un NNTV para los sueros experimentales, además de los mencionados en el siguiente apartado del presente trabajo:

Ronald Brown, economista de salud de Canadá, estimó que la NNTV para prevenir un solo caso de coronavirus es de **88 a 142**.

Otros han calculado el NNTV para evitar un solo caso en **256**.

Investigadores alemanes y holandeses, utilizando un gran conjunto de datos (500k) de un estudio de campo en Israel, calcularon un NNTV entre 200 y 700 para prevenir un caso de Covid-19 para la inyección de ARNm comercializada por Pfizer. Fueron más allá y descubrieron que el "**NNTV para prevenir una muerte está entre 9000 y 100 000 (intervalo de confianza del 95%), con 16 000 como estimación puntual**".

Los números que los responsables de la formulación de políticas de salud deberían querer saber son los NNTV para prevenir una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte. Pero con la NNTV para prevenir un solo caso que ya es tan alto, y con los eventos adversos significativos de las "vacunas" contra el coronavirus que promedian alrededor del 15% en todo Estados Unidos, las farmacéuticas y la FDA no se atreven a calcular una NNTV para hospitalizaciones, UCI y muertes, porque entonces nadie se dejaría inocular.

Pfizer aprendió la lección con el ensayo de adultos y, por lo tanto, como ya hemos visto, cuando realizaron un ensayo de su "vacuna" de ARNm en niños de 5 a 11 años, intencionalmente lo hicieron demasiado pequeño (solo 2300 participantes) y demasiado corto (solo seguimiento durante 2 meses) para ocultar los daños.

Estimación de un NNTV en niños de 5 a 11 años utilizando los propios datos de ensayos clínicos de Pfizer:

Todas las estimaciones de NNTV anteriores se basan en datos de adultos. **En los niños, el NNTV será aún mayor (cuanto menor sea el riesgo, mayor será el NNTV para evitar un solo resultado negativo)**. Los niños de 5 a 11 años tienen un riesgo extremadamente bajo de muerte por coronavirus. En un metanálisis que combina datos de 5 estudios, los investigadores de Stanford, Cathrine Axfors y John Ioannidis, encontraron una tasa media de mortalidad por infección (IFR) del 0.0027% en niños de 0 a 19 años. En niños de 5 a 11 años, la IFR es aún más baja. Dependiendo del estudio que se observe, Covid-19 es un poco menos peligroso o aproximadamente equivalente a la gripe en los niños.

Entonces, ¿cuántos niños necesitarían ser inyectados con la inyección de ARNm para evitar una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte?

Examinemos la aplicación EUA de Pfizer y el análisis de riesgo-beneficio de la FDA . Según la propia admisión de Pfizer, no hubo hospitalizaciones, ingresos en la UCI ni muertes en el grupo de tratamiento o control en su estudio de 2300 niños de 5 a 11 años.

Entonces, el número necesario a "vacunar" para evitar una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte, según los datos de la propia Pfizer, es infinito ∞. Éste es el tipo de infinidad malo, ya que **podría "vacunar" a todos los niños de 5 a 11 años en los EE. UU. Y no evitar una sola hospitalización, ingreso en la UCI o muerte por coronavirus según los datos de los ensayos clínicos de Pfizer presentados a la FDA**.

Estimación de un modelo NNTV y de riesgo-beneficio en niños de 5 a 11 años utilizando los datos limitados que están disponibles:

Todo el mundo sabe que Pfizer ni siquiera estaba tratando de realizar un ensayo clínico responsable de su inyección de ARNm en niños de 5 a 11 años. Pfizer podría haber presentado a la FDA una servilleta de papel con cualquier cosa escrita y a lápiz, que el VRBPAC lo habría aprobado igual.

No obstante, intentemos llegar a una mejor estimación basada en datos del mundo real. Con el tiempo, otros desarrollarán una estimación mucho más sofisticada (por ejemplo, Walach, Klement y Aukema , 2021 estimaron un NNTV para 3 poblaciones diferentes en función de los "días posteriores a la dosis"). Pero para nuestros propósitos aquí, creo que hay una manera mucho más fácil de llegar a una estimación aproximada de NNTV para niños de 5 a 11 años:

A 30 de octubre de 2021, los CDC declararon que 170 niños de entre 5 y 11 años habían muerto por enfermedades relacionadas con Covid-19 desde el inicio de la pandemia. (Eso representa menos del 0.1% de todas las muertes relacionadas con el coronavirus en todo el país, aunque los niños de esa edad representan el 8.7% de la población de EE. UU.).

Según las estimaciones teóricas (no reales), la inyección de ARNm de Pfizer solo "funciona" durante aproximadamente 6 meses (aumenta el riesgo en el primer mes, brinda protección moderada en los meses 2 a 4 y luego la efectividad comienza a disminuir, por lo que todos los modelos de la FDA solo se usaron un tiempo de 6 meses). Por lo tanto, cualquier modelo tendría que basarse en la eficacia de la "vacuna" en relación con los 57 (170/3) niños que, de otro modo, podrían haber muerto de una enfermedad relacionada con Covid durante un período de 6 meses.

En el mejor de los casos, la inyección de ARNm de Pfizer podría tener una efectividad del 80% contra las hospitalizaciones y la muerte. Ese número proviene directamente del modelo de la FDA (p. 32). Estoy haciendo todo lo posible para darle a Pfizer el beneficio de la duda considerable porque, nuevamente, el ensayo clínico de Pfizer NO mostró una reducción en las hospitalizaciones o muertes en este grupo de edad. Por lo tanto, inyectar a los 28 384 878 niños de 5 a 11 años con dos dosis de Pfizer (que es lo que la administración de Biden quiere hacer) salvaría, como máximo, 45 vidas (0.8 de efectividad x 57 muertes que de otra manera habrían ocurrido durante ese período de tiempo = 45).

Entonces, el NNTV para prevenir una sola muerte en este grupo de edad es 630 775 (28 384 878/45). Pero es un régimen de dos dosis, por lo que si se quiere calcular el **NNTV por inyección**, el número se duplica a **1 261 550**. Es literalmente el peor NNTV en la historia de la "vacunación".

Debido a que el ensayo clínico de Pfizer no tiene datos utilizables, tenemos que hacer un puente inmunológico del grupo de edad más cercano.

31 761 099 personas (aproximadamente un 10% más de personas que en el grupo de edad de 5 a 11 años) de 12 a 24 años han recibido al menos una "vacuna" contra el coronavirus.

El programa de "vacuna" Covid-19 solo ha existido durante 10 meses y las personas más jóvenes solo han tenido acceso más recientemente (los niños de 12 a 15 años han tenido acceso durante cinco meses; desde el 10 de mayo), por lo que estamos viendo aproximadamente el mismo período de tiempo de observación como se modeló anteriormente.

Durante ese tiempo, hay 128 informes de efectos secundarios fatales después de inyecciones de ARNm del coronavirus en personas de 12 a 24 años (hasta el 22 de octubre de 2021. Sin embargo, hay un retraso en los informes, por lo que el número real de informes que se han presentado es seguramente mayor).

Kirsch, Rose y Crawford (2021) estiman que VAERS subestima las reacciones fatales en un factor de 41, lo que situaría el total de efectos secundarios fatales en este rango de edad en 5248 (Kirsch et al. representa una estimación conservadora porque otros han puesto el factor de subregistro en 100).

Dado que los efectos secundarios potencialmente mortales, que incluyen mio y pericarditis, afectan de manera desproporcionada a los jóvenes, es razonable pensar que con el tiempo la tasa de efectos secundarios fatales de las inyecciones de ARNm en niños de 5 a 11 años podría ser similar a la de los de 12 a 24 años.

Entonces, en pocas palabras, el plan de administración de Biden causaría ***la muerte a 5248 niños a través de inyecciones de ARNm de Pfizer para evitar que 45 niños mueran de coronavirus***. ***Por cada niño salvado por el suero, otros 117 morirían por la inoculación de dicho suero***.

Por si fuera poco lo dicho, ***Pfizer no*** reveló ***al menos 9 muertes en el ensayo clave de su "vacuna" Covid-19 antes del 13 de marzo, y luego dejó de registrar las pérdidas de vidas***.

Pfizer mintió sobre el número de personas que murieron durante sus ensayos de la vacuna Covid. Pfizer dijo al mundo que 15 personas que recibieron la "vacuna" en su ensayo habían muerto a mediados de marzo. Resulta que la cifra real entonces era de 21, en comparación con sólo 17 muertes en personas que no habían sido "vacunadas".

En su informe inicial de seguridad a la FDA, que contenía datos hasta noviembre de 2020, los investigadores habían dicho que cuatro receptores de placebo y dos receptores de la vacuna murieron, uno después de la primera dosis y otro después de la segunda. La actualización de julio invirtió esa tendencia. Entre noviembre de 2020 y marzo de 2021, 13 receptores de la vacuna murieron, en comparación con solo 10 sujetos de placebo.

Además, nueve receptores de la “vacuna” murieron por **eventos cardiovasculares como ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares**, en comparación con seis receptores del placebo que murieron por esas causas. El desequilibrio era pequeño pero notable, teniendo en cuenta que los reguladores de todo el mundo habían descubierto que las “vacunas” de ARNm de Pfizer y Moderna estaban relacionadas con la inflamación del corazón en hombres jóvenes.

En el mejor de los casos, los resultados sugerían que la “vacuna” de Pfizer/BioNTech -que ahora se ha impuesto a casi mil millones de personas en todo el mundo con un coste de decenas de miles de millones de dólares y unas restricciones de las libertades civiles ruinosas y cada vez más graves- no contribuía a reducir el número total de muertes.

Peor aún, Pfizer y BioNTech habían “vacunado” a casi todos los receptores de placebo en el ensayo poco después de que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobara la vacuna para su uso de emergencia el 11 de diciembre de 2020.

Como resultado, habían destruido nuestra mejor oportunidad de comparar la salud a largo plazo de un gran número de receptores de la “vacuna” con un grupo científicamente equilibrado de personas que no habían recibido el medicamento. El informe del 28 de julio parecía ser la última actualización de datos de seguridad limpios que tendríamos.

Pero ahora la FDA nos ha dado una más:

El 8 de noviembre, la agencia publicó su “Resumen de Bases para la Acción Regulatoria”, una nota de 30 páginas que explica por qué el 23 de agosto concedió la aprobación completa a la vacuna de Pfizer, reemplazando la autorización de emergencia de diciembre de 2020.

Y enterrada en la página 23 del informe se encuentra esta impresionante frase:

Desde la primera dosis hasta la fecha de corte de datos del 13 de marzo de 2021, hubo un total de 38 muertes, 21 en el grupo de la “vacuna” COMIRNATY y 17 en el grupo del placebo.

Pfizer dijo públicamente en julio que había encontrado 15 muertes entre los receptores de la vacuna a mediados de marzo. Pero dijo a la FDA que había 21, en la misma fecha de cierre de los datos, el 13 de marzo. 21. No 15.

La cifra del placebo en el ensayo también era errónea. Pfizer registró 17 muertes entre los receptores del placebo, no 14. Nueve muertes adicionales en general, seis entre los receptores de la "vacuna".

Comparación de la mortalidad por Covid con la mortalidad por influenza

Este estudio (19) también confirma que la tasa de mortalidad infantil por Covid es significativamente más baja que la tasa de mortalidad por influenza.

Para los niños del Reino Unido menores de 18 años, los autores del estudio calcularon que la tasa de mortalidad por infección (IFR) de Covid entre los niños era del 0.005 por ciento (25 muertes por Covid divididas por un estimado de 470 000 "casos" acumulativos de Covid entre CYP a partir de febrero). Quizá más fácil de entender, entre los niños menores de 18 años en el Reino Unido, 1 de cada 20 000 infectados por este virus murió más tarde a causa de él. Entre los menores de 18 años, el IFR estimado para la influenza es de 1 en 10 000 (0.01 por ciento). Por lo tanto, para CYP, **la influenza es dos veces más mortal que Covid**, (**el IFR para Covid-19 sería aún más bajo si el denominador, el número "estimado" de casos, fuera mayor**, lo cual sospecho que sí sucede).

Los hallazgos redujeron efectivamente el número estimado de CYP en el Reino Unido que murieron de Covid en un 59%, de 61 muertes a 25. El estudio señala que 61 CYP hospitalizados en el Reino Unido murieron en dos semanas de dar positivo a través de una prueba de PCR. El estudio distingue entre los jóvenes que murieron con el virus y aquellos que, según los investigadores, probablemente murieron "por" o debido al virus. Los autores concluyeron que el principal contribuyente a la muerte en más de la mitad de los 61 casos fatales que examinaron no fue el Covid-19. Y, como se señaló, solo seis de las 25 muertes por Covid ocurrieron entre niños sin afecciones médicas graves preexistentes. **Las evaluaciones exhaustivas de las causas de muerte realizadas en este análisis, sugieren que es muy probable que el número de muertes atribuidas a Covid también se haya informado en exceso en otras cohortes de edad. Las tasas de mortalidad e infección de todas las cohortes de edad también pueden ser significativamente más bajas de lo que se informa actualmente**. **La multitud de medidas de "protección" (no escuela, actividades sociales, actividades recreativas, enmascaramiento obligatorio, "distanciamiento social" forzado), sin lugar a dudas, causó un gran daño a la salud física y mental de los menores de edad**.

Ciertamente, según los hallazgos de este estudio, Covid-19 no causó un gran daño a la salud de los del grupo de edad examinado. Si bien el estudio se centró en niños menores de 18 años, uno imagina que los hallazgos hubieran sido similares si los datos hubieran incluido información médica sobre la población en edad universitaria del Reino Unido de 18 a 22 años.

La evidencia científica actual muestra que la mayoría de los niños y adolescentes cursan un cuadro asintomático hasta en un 80%, y que al igual que los adultos prácticamente no transmiten la enfermedad, ni se consideran iniciadores de brotes en la comunidad. **Por el contrario, se ha observado que los adultos mayores que conviven con niños tienen más posibilidades de padecer resfriados comunes, lo cual implica que por la inmunidad cruzada demostrada entre coronavirus, estarían protegidos de infecciones graves por el virus SARS-COV-2, sin aumentar en forma absoluta el riesgo de hospitalizaciones de este grupo etario** (20).

Varios factores biológicos podrían contribuir a la reducción del riesgo de Covid-19 en los niños: primero, los niños expresan significativamente menos receptores ACE2, el punto de entrada del SARS-CoV-2 en las células humanas en comparación con los adultos; en segundo lugar, suelen estar expuestos a otros coronavirus estacionales y desarrollan inmunidad cruzada tanto humoral como celular. Por lo tanto, **los niños parecen menos susceptibles a la infección y, cuando están infectados, pueden tener un arsenal preformado de anticuerpos neutralizantes de reacción cruzada que podrían reducir la probabilidad de transmitir el virus**. Esta evidencia biológica se refleja en varios estudios epidemiológicos (21).

Hay un detalle muy importante que no debemos de olvidar, el que un niño esté o no esté infectado, depende del diagnóstico con un test (PCR fundamentalmente) y, como quedó sobradamente demostrado en el primer apartado, ese método para diagnosticar, presenta altísimos porcentajes de error; por tanto, es obvio que el número real de esos niños infectados es muchísimo menor y, consecuentemente, la letalidad y mortalidad serán mucho más pequeñas todavía.

Es importante destacar que, **dado que el riesgo de los niños es tan mínimo, no existe un marco jurídico que sustente la autorización de uso de emergencia de las vacunas antiCovid para ellos**. Aun así, la Administración de Alimentos y Medicamentos y los fabricantes de vacunas continúan con ese plan. Sólo se puede autorizar el uso de un producto médico en una población determinada si el beneficio supera el riesgo en esa misma población. Esto significa que, aunque los adultos se beneficien, las vacunas antiCovid **no pueden autorizarse para los niños a menos que éstos obtengan beneficios reales y, como ha quedado demostrado, eso no sucede.** La eficacia de las vacunas contra la Covid-19 que las farmacéuticas informan para el grupo de niños y adolescentes, no aporta mayor beneficio al grupo, puesto que tienen una probabilidad de supervivencia del 99.96%, y su disminución del riesgo absoluto es cercano al 1.4%, dando una sobreestimación del efecto real al solo mostrar disminuciones del riesgo relativo del 100% (22).

Aunque es muy reconocido que hay bajo riesgo de que los niños padezcan Covid-19 grave, muchos creen que vacunar de forma masiva a los niños podría prevenir también la transmisión ulterior, ya que protegería directamente a los adultos vulnerables y ayudaría a acabar con la pandemia. Sin embargo, hay múltiples supuestos que deben examinarse al momento de juzgar el requerimiento de vacunar a los niños contra el Covid-19. Incluso si se asume una protección contra

el Covid-19 grave, dada su muy baja incidencia en los niños, sería necesario vacunar a un número muy alto para evitar un solo caso grave. Mientras tanto, un gran número de niños con un riesgo muy bajo de padecer una enfermedad grave estaría expuesto a los riesgos de la “vacuna”, ya sean conocidos o desconocidos.

Incluso si asumimos que esta protección existe, si consideramos las bajas tasas de transmisión, la alta proporción de niños que son postCovid y la mayoría de los adultos que están “vacunados” o que son postCovid, el número de niños que tendrían que recibir la “vacuna” para proteger a un solo adulto de un ataque grave de Covid-19 sería muy alto. Además, es probable que esta cifra se compare de forma desfavorable con el número de niños que resultarían perjudicados, incluso en el caso de eventos graves poco frecuentes.

Dado que los riesgos comprobados superan con creces los beneficios demostrados en los niños, las “vacunas” tampoco cumplen con la solicitud de licencia biológica requerida para hacer la aprobación final de comercialización. Por último, pero no menos importante, dado que no hay una "necesidad insatisfecha", no es necesario apresurar la aprobación de estas vacunas para los niños.

Como mencioné anteriormente, el 19 de julio de 2021, America's Frontline Doctors presentó una petición (23) **para detener la autorización de uso de emergencia de las “vacunas” antiCovid en niños menores de 18 años, cualquier persona con inmunidad natural y cualquier persona sin el consentimiento informado adecuado**. El grupo incluyó una declaración jurada de un denunciante de los CDC, un programador informático con experiencia en análisis de datos de atención médica que tiene acceso a los datos de Medicare y Medicaid mantenidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Durante los últimos 20 años, ha desarrollado más de 100 algoritmos de detección de fraudes en el cuidado de la salud para su uso en los sectores público y privado. De acuerdo con este denunciante, el **Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) reporta menos muertes en un factor de cinco o más**. En su testimonio jurado, afirma que 45 000 personas en Estados Unidos murieron a los tres días de recibir la vacuna antiCovid al 9 de julio de 2021. La cantidad aumenta aún más cuando se observan las muertes que ocurren dentro de una o dos semanas después de recibir las “vacunas”.

A pesar de los esfuerzos de los medios tradicionales y de las distintas administraciones por ocultar el hecho, **el virus de China representa un riesgo prácticamente nulo para los niños, además, como ha quedado demostrado, la inmunidad natural es muy superior a la teórica supuestamente adquirida tras la inoculación. La gran mayoría de los niños, si lo contraen, no sufrirán más que resfríos, si es que muestran algún síntoma.**

Una vez que se exponen a él, su sistema inmunológico siempre estará alerta no solo del invasor original, sino de casi todas las variantes que

genera con el tiempo. Esta robusta inmunidad probablemente durará toda su vida. Después de todo, los supervivientes de la gripe española de 1918-1919, mucho más letal, salieron con inmunidad de por vida.

Pero el maravilloso proceso por el cual el cuerpo humano produce inmunidad natural a un virus nuevo que nunca antes había encontrado, ***quedará cortocircuitado si reciben un pinchazo de suero de ARNm***. Estará cometiendo lo que se llama el "pecado antigénico original".

Resulta que el sistema inmunológico humano no es capaz de un número infinito de respuestas a un número infinito de virus. Más bien, la respuesta más fuerte a los virus de la influenza se produce por la primera exposición del cuerpo a la enfermedad, que generalmente ocurre en la niñez.

Pero no se trata solo de que las respuestas inmunitarias posteriores a la influenza sean más débiles, el problema es que la primera infección infantil prepara al sistema inmunológico para responder a infecciones posteriores con anticuerpos de la cepa original. El "pecado antigénico original", en otras palabras, hace que la respuesta inmune no alcance el objetivo.

Los autores de un artículo de Nature Medicine de 2005 definen el "pecado antigénico original" de la siguiente manera: "Después de la exposición a una variante antigénica nueva pero de reacción cruzada, estos individuos pueden responder produciendo anticuerpos que se dirigen principalmente a los antígenos que caracterizan los virus de la influenza encontrados durante epidemias".

En otras palabras, sus cuerpos están produciendo anticuerpos contra la variante a la que fueron expuestos por primera vez en la infancia, en lugar de la variante que circula actualmente en la población y a la que ahora han estado expuestos. Piense en eso en el contexto del virus de China. Éste, supuestamente, es un nuevo coronavirus que nadie en el planeta ha encontrado antes (y cuya existencia, tampoco ha sido demostrada).

Una vez que esa proteína de pico muta, como ya lo ha hecho en la supuesta variante Delta, el cuerpo no tiene otros epítopos (partes del virus) que reconozca de inmediato y pueda utilizar para producir los anticuerpos adecuados. Entonces ¿Qué es lo que hace? Produce anticuerpos para la proteína de pico del virus de China original, porque para eso se ha programado.

Esta mala asignación de los recursos inmunológicos del cuerpo, como podríamos llamarlo, parece silenciar el desarrollo del tipo de inmunidad robusta y duradera que resulta de una infección natural.

Dado que **las "vacunas" pueden** atenuar **la respuesta inmune del cuerpo a otras variantes, la campaña de "vacunación" masiva de países de todo el mundo puede conducir a repetidas oleadas de infección, cada una de las cuales se enfrentará a un intento frenético y, en última instancia, inútil de administrar inyecciones de refuerzo a todos, lo que en el mejor de los**

casos, solo ofrecerá una protección temporal y limitada hasta que aparezca la siguiente variante.

Muchos, quizás la mayoría, de los que se resisten al pinchazo ya se han recuperado de los episodios del virus de China, disfrutan de la inmunidad colectiva y se dan cuenta de que la "vacuna" de ARNm no tiene nada que ofrecerles salvo una serie interminable de inyecciones de refuerzo.

La mejor ilustración de la vida real del pecado antigénico original proviene del esfuerzo por desarrollar una vacuna para el dengue, que la gente contrae por la picadura de un mosquito infectado. Hay cuatro variantes principales del virus del dengue y la vacuna original solo cubría una de ellas. Los refuerzos posteriores para las otras variantes resultaron ineficaces porque solo desencadenaron "la huella inmunológica de la primera vacuna".

Pero es incluso peor que eso, como concluyen los autores:

El pecado antigénico original tiene la ventaja de que se puede movilizar rápidamente una respuesta de la memoria. Sin embargo, la desventaja es que en algunos casos, como el dengue, la respuesta está dominada por anticuerpos de calidad inferior.

Una vez que se ha establecido una respuesta, es poco probable que el refuerzo repetido pueda cambiar su alcance, lo que significa que será necesario establecer respuestas equilibradas contra los cuatro serotipos del virus con la primera dosis de vacuna.

El peligro **que puede surgir de las "vacunas" de ARNm no es solo que, supuestamente, confieren inmunidad estrecha a una variante específica, sino que pueden socavar la respuesta de nuestro sistema inmunológico a variantes futuras, lo que lleva a infecciones más prolongadas y graves**.

Cualquier medicamento o vacuna que se ingiera o inyecte en el cuerpo producirá efectos secundarios. Si uno padece una enfermedad, especialmente uno con síntomas graves, los efectos secundarios no importan tanto. Estoy dispuesto a tomar acetaminofén para aliviar el dolor de cabeza, aunque sé que tomar el medicamento continuamente durante períodos prolongados puede causar daño hepático. El beneficio inmediato supera el posible costo a corto o largo plazo.

Pero los cálculos son muy diferentes con una vacuna. En este caso, le está dando a una persona sana, no puede vacunar a los que ya están enfermos, algo que no produce un beneficio inmediato. Si algún día se exponen a la enfermedad a la que se dirige la vacuna, la esperanza es que la vacuna reduzca el riesgo de contraerla o reduzca la gravedad de sus síntomas si lo hacen. Por otra parte, es posible que nunca se enfrenten a la enfermedad, en cuyo caso el beneficio de por vida es efectivamente cero.

Dado que los beneficios que las personas obtienen de una vacuna son mucho menores que los que obtienen de un medicamento para una afección existente, el riesgo de efectos secundarios de la vacuna también tiene que ser mucho menor.

En el caso del virus de China, supuestamente, altamente infeccioso, lo más probable es que todos, incluidos los vacunados, como ahora admiten los CDC, eventualmente contraerán la enfermedad. Dado que los niños sobrevivirán bien, la parte de "beneficio" del balance riesgo/beneficio es efectivamente nula.

No así la parte de "riesgo", dado que, existe un cuantificable peligro de que los niños desarrollen miocarditis y otros problemas de salud como consecuencia. **Existe otro problema potencialmente más serio al darles a los niños un pinchazo de ARNm** que, en el mejor de los casos, supuestamente ofrece unos meses de protección contra una variante que ya está desapareciendo (aunque como se demuestra en el presente trabajo, eso tampoco sucede, la supuesta inmunidad de meses, simplemente,no se produce). **Es que puede** paralizar la respuesta inmune **de su cuerpo a futuros coronavirus que de otro modo vencerían fácilmente**.

Finalmente, **hay un beneficio para la sociedad en su conjunto al permitir que el sistema inmunológico altamente adaptable de los niños se enfrente y derrote al virus**. Alex Berenson lo resume muy bien: "Lo más peligroso en este momento sería 'vacunar' a los niños. **El virus no es una amenaza para ellos, y si están infectados por las nuevas formas de SARS-2 que seguramente surgirán cada invierno, comenzaremos a establecer, a través de ellos y los que aún no han sido 'vacunados', la inmunidad en capas que es el única forma de llegar a un acuerdo con el SARS-2 a largo plazo**".

Como ha quedado demostrado, cualquier "vacuna" contra esa enfermedad para niños, en innecesaria, además de muy peligrosa (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78), incluso un premio Nobel lo ha dicho (79) o doctoras de tremendo prestigio como es la Dra. Karina Acevedo, o la Dra Sunetra Gupta. La Ministra de Educación israelí, afirma que es un 'crimen' "vacunar" a los niños (80). El Dr. Vernon Coleman, afirma que para los niños, la "vacuna" es más de 6 veces más mortal que el supuesto virus. La doctora Jane Ruby, analiza los terribles datos de mortalidad y eventos adversos que arroja la "vacunación" infantil con el suero experimental de ARNm en Estados Unidos; los niños son 4 veces más propensos a sufrir eventos adversos graves de corazón como consecuencias de las "vacunas" que de ser hospitalizados por Covid. 73 niños han sufrido ceguera hasta el 05 de septiembre. Cuatro pediatras irlandeses de renombre, también nos cuentan lo innecesarios y peligrosos que pueden llegar a ser para los niños esos sueros experimentales.

El Dr. Josh Guetzkow, profesor titular de la Universidad Hebrea de Jerusalén, dijo que expandir la EUA a los niños es innecesario, prematuro y hará más daño que

bien. Guetzkow dijo que **no hay una emergencia para los niños, especialmente los sanos cuyo riesgo de enfermedad grave y muerte es casi** nulo y agregó que **los niños con afecciones preexistentes e infecciones anteriores de Covid no se incluyeron en el estudio de Pfizer, por lo que incluirlos en la EUA es negligencia**.

"El ensayo de Pfizer no tiene la potencia suficiente para detectar problemas de seguridad específicos, como la miocarditis, al igual que el estudio de adolescentes, y si no pudieran detectar un problema de seguridad inesperado allí, no podrían hacerlo aquí", dijo Guetzkow.

El estudio de Pfizer no es doble ciego y puede estar sujeto a sesgos. La mayoría de los programas de monitoreo de seguridad de VSD (Vaccine Safety Datalink) no han reportado resultados, ¿por qué no esperar?".

"A partir de los informes de los CDC, podemos esperar que **de cada 18 hospitalizaciones infantiles prevenidas, al menos 43 terminarán en el hospital por todas las causas después de la 'vacunación'**, sin embargo, el análisis de riesgo-beneficio de la FDA solo cuenta la hospitalización por miocarditis".

Hay más de 900 tipos de eventos adversos informados después de la 'vacunación' con Pfizer que nunca se han informado después de las vacunas contra la influenza, incluidos 11 casos de síndrome inflamatorio multisistémico (MS-C) que ocurrieron sin antecedentes previos de infección por Covid, dijo Guetzkow. Ha habido 106 veces más reacciones adversas, 189 veces más muertes y 195 veces más hospitalizaciones debido a la inyección de Pfizer Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza combinadas. Ha habido 118 veces más reacciones adversas, 174 veces más muertes y 140 veces más hospitalizaciones debido a la "vacuna" de Moderna Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza combinadas. La campaña de "vacunación" Covid-19 ha sido significativamente más dañina y mortal que la campaña de vacunación contra la influenza.

Un profesor de medicina de la Escuela de Medicina de Harvard advirtió que los niños no deberían "vacunarse" contra la Covid:

"No creo que los niños deban vacunarse contra la Covid. Soy un gran admirador de vacunar a los niños contra el sarampión, las paperas, la poliomielitis, el rotavirus y muchas otras enfermedades, eso es fundamental. Pero Covid no es una gran amenaza para los niños", dijo Martin Kulldorff al "Programa de líderes de pensamiento estadounidense" de EpochTV .

"Pueden infectarse, al igual que pueden contraer el resfriado común, pero no son una gran amenaza. No mueren por esto, excepto en circunstancias muy raras. Entonces, si quieres hablar sobre la protección de los niños o la seguridad de los niños, creo que podemos hablar de accidentes de tráfico, por ejemplo, que realmente corren algún riesgo".

Kulldorf dijo que **los niños tienen más probabilidades de contraer enfermedades graves o morir de gripe que de Covid-19**. Solo 195 niños menores de cuatro años y 442 entre cinco y 18 han muerto por Covid-19 en los EE. UU. Hasta el 20 de octubre, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Los niños tienen 15 veces menos probabilidades de ser hospitalizados con la enfermedad que las personas de 85 años o más, y 570 veces menos probabilidades de morir.

Kulldorf señaló que también debe tenerse en cuenta el riesgo de efectos secundarios de la "vacuna" en los niños. El principal riesgo para los jóvenes visto hasta ahora es la inflamación del corazón, que se ha producido después de la "vacunación: a tasas mucho más altas de lo esperado. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) agregó una etiqueta de advertencia a las "vacunas" de Pfizer y Moderna durante el verano sobre miocarditis y pericarditis , dos tipos de inflamación cardíaca.

"Por otro lado, si ya tiene inmunidad por haber tenido Covid, entonces los beneficios de las 'vacunas' son mucho, mucho menores. Si es un niño, incluso si no ha tenido Covid, el riesgo de enfermedad grave o muerte es minúsculo. Por lo tanto, no está del todo claro que los beneficios superen los riesgos para los niños".

Un estudio realizado en la Universidad de California y publicado el 08 de septiembre, utilizando el Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS), revisó los informes presentados entre el 1 de enero de 2021 y el 18 de junio de 2021 entre adolescentes de 12 a 17 años que recibieron la "vacuna" de ARNm contra Covid-19. Los criterios de búsqueda de síntomas incluyeron las palabras dolor torácico, miocarditis, pericarditis y miopericarditis para identificar a los niños con evidencia de lesión cardíaca. La palabra troponina fue un elemento requerido en los hallazgos de laboratorio. Los criterios de inclusión se alinearon con la definición de caso de trabajo de los CDC para la miocarditis probable. Se informaron las tasas estratificadas de eventos adversos cardíacos (ECA) por edad, sexo y número de dosis de "vacunación". Se realizó un análisis de daño-beneficio utilizando la literatura existente sobre los riesgos de hospitalización relacionados con Covid-19 en este grupo demográfico.

Se identificaron un total de 257 ECA. Las tasas por millón después de la dosis 2 entre los chicos fueron de 162.2 (de 12 a 15 años) y de 94.0 (de 16 a 17 años); entre las chicas, las tasas fueron de 13.0 y 13.4 por millón, respectivamente. Para los niños de 12 a 15 años sin comorbilidades médicas que reciben su segunda dosis de "vacunación" con ARNm, la tasa de ECA es de 3.7 a 6.1 veces mayor que su riesgo de hospitalización por Covid-19 de 120 días al 21 de agosto de 2021 (hospitalizaciones de 7 días 1.5 / 100k población) y 2.6-4.3 veces mayor en momentos de alto riesgo de hospitalización semanal (hospitalizaciones de 7 días 2.1 / 100k), como durante enero de 2021. Para los niños de 16 a 17 años sin comorbilidades médicas, la tasa de ECA es actualmente de 2.1 a 3.5 veces mayor

que su riesgo de hospitalización por Covid-19 de 120 días, y de 1.5 a 2.5 veces mayor en momentos de hospitalización semanal alta por Covid-19.

Las conclusiones a las que llegan:

La tasa de ECA posterior a la "vacunación" fue más alta en los niños de 12 a 15 años después de la segunda dosis. Para los niños de 12 a 17 años sin comorbilidades médicas, la probabilidad de ECA posteriores a la segunda dosis de la "vacunación" es de 162.2 y 94.0 / millón respectivamente. **Esta incidencia supera su tasa esperada de hospitalización por Covid-19 a 120 días, tanto moderada (tasas del 21 de agosto de 2021) como alta**. Se justifica la investigación adicional sobre la gravedad y las secuelas a largo plazo de la ECA posterior a la vacunación. La cuantificación de los beneficios de la segunda dosis de "vacunación" y la "vacunación" en sí, además de la inmunidad natural en este grupo demográfico, debería indicarse para minimizar el daño.

Es importante señalar también, que según **el informe Lazarus, menos de un 1% de los eventos adversos de las "vacunas" son reportados** (81), por tanto, los datos expresados anteriormente, en la realidad, son mucho peores.

***Como ha quedado demostrado, en contra de lo que dice el discurso oficial, la "vacunación" infantil contra la Covid, ni es necesaria, ni es segura para los niños. No le aporta ningún beneficio a ellos, ni tampoco a los adultos. La enfermedad en los niños tiene una bajísima incidencia y ellos, no transmiten la enfermedad. Los riesgos, superan con creces a los beneficios, por tanto, su inoculación en niños-adolescentes, debería estar prohibida*.**

En el Reino Unido, parece que ya lo han entendido. En un informe independiente del Departamento de Salud y Asistencia Social: Declaración del JCVI sobre la "vacunación" Covid-19 de niños y jóvenes de 12 a 17 años: 15 de julio de 2021, publicado el 19 de julio:

"Con respecto a un programa de "vacunación" contra Covid-19 para niños y jóvenes, la principal consideración del JCVI sigue siendo los beneficios potenciales de la "vacunación" en términos de reducción de hospitalizaciones y muertes en la población. Dado que es probable que la interrupción de la educación tenga impactos de mediano a largo plazo en la salud pública, el JCVI también ha considerado el potencial de la "vacunación" para prevenir brotes en las instalaciones educativas. Estos posibles beneficios se han considerado frente a los posibles riesgos de la "vacunación".

Existe buena evidencia de que la "vacuna" es relativamente reactogénica en este grupo de edad, siendo comunes los efectos secundarios de corta duración, incluida la fiebre. **Hay informes emergentes del Reino Unido y otros países de eventos adversos raros pero graves, que incluyen miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) y pericarditis (inflamación de la membrana alrededor del corazón), tras del uso de las "vacunas" ARNm de Pfizer-BioNTech y Moderna en adultos más jóvenes**.

Los datos sobre la incidencia de estos eventos en niños y jóvenes son actualmente limitados, y **los efectos sobre la salud a largo plazo de los eventos de miocarditis informados aún no se comprenden bien**.

Cualquier decisión sobre el despliegue de vacunas debe tomarse sobre la base de que los beneficios de la vacunación superan los riesgos para las personas vacunadas. Se debe proporcionar información clara sobre los posibles riesgos y beneficios de la "vacunación" al niño y a las personas con responsabilidad parental antes de la vacunación.

El JCVI no recomienda actualmente la vacunación universal de rutina de niños y jóvenes menores de 18 años.Los beneficios para la salud en esta población son pequeños y los beneficios para la población en general son muy inciertos. En este momento, el JCVI opina que los beneficios para la salud de la "vacunación" universal en niños y jóvenes menores de 18 años no superan los riesgos potenciales.

La evidencia indica claramente que casi todos los niños y jóvenes tienen un riesgo muy bajo de contraer Covid-19. Cuando se observan síntomas en niños y jóvenes, generalmente son leves y poco diferentes de otras infecciones virales respiratorias leves que circulan cada año. La **incidencia de resultados graves por Covid-19 en niños y jóvenes es extremadamente baja**. La mayoría de los hospitalizados tenían graves problemas de salud subyacentes.

Se ha producido un aumento del 52% en las muertes de niños en comparación con el promedio de cinco años desde que se les ofreció la "vacuna" Covid-19. Los niños tienen un 69% más de probabilidades de ser hospitalizados con Covid-19 si están completamente "vacunados" según el último informe de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido. Chris Whitty; el CMO de Inglaterra, anuló el Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) el 13 de septiembre de 2021 y escribió una carta al gobierno del Reino Unido aconsejándoles que ofrecieran la inyección de Pfizer Covid-19 a todos los niños mayores de 12 años con efecto inmediato.

La decisión fue muy controvertida debido a las siguientes razones:

- El 86% de los niños sufrió una reacción adversa a la "vacuna" Pfizer Covid-19 en el ensayo clínico.
- 1 de cada 9 niños sufrió una reacción adversa grave que los dejó sin poder realizar sus actividades diarias en el ensayo clínico de Pfizer.
- Solo han ocurrido 9 muertes asociadas con Covid-19 en niños desde marzo de 2020 hasta el 25 de agosto de 2021.
- El riesgo de que los niños desarrollen enfermedades graves debido a Covid-19 es extremadamente bajo

- La “vacuna” Pfizer Covid-19 es experimental y aún se encuentra en ensayos clínicos

- Tres estudios científicos realizados por el gobierno del Reino Unido, la Universidad de Oxford y los CDC, que se publicaron en agosto, encontraron que las “vacunas” Covid-19 no funcionan.

- Los datos de Public Health England muestran que la mayoría de las muertes por Covid-19 se encuentran entre los “vacunados” y sugieren que las vacunas empeoran la enfermedad.

- Ha habido al menos 1.2 millones de reacciones adversas a las “vacunas” Covid-19 solo en el Reino Unido.

- Ha habido más muertes en 10 meses debido a las “vacunas” Covid-19 que debido a todas las demás “vacunas” disponibles desde el año 2001.

- El riesgo de que los niños desarrollen miocarditis (inflamación del corazón) debido a la “vacuna” Pfizer.

- Los niños han muerto y están muriendo debido a las “vacunas” Covid-19 en los EE. UU.

- El Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización se negó a recomendar que se ofreciera la “vacuna” Pfizer a los niños.

Para los niños y jóvenes sin condiciones de salud subyacentes que los pongan en alto riesgo de resultados severos de Covid-19, los beneficios de salud individuales directos de la “vacuna” Covid-19 son nulos. Dra. Callisperis: “’Vacunar’ a los niños con las ‘vacunas’ antiCovid, es un genocidio”, en la misma línea va el Dr. Brian M Tyson y el Dr. Sucharit Bhakdi: ”Vacunar a los niños británicos, es un acto criminal". En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el doctor. Kelly preguntó si le preocupaba “vacunar” a los adolescentes y el doctor respondio: "Absolutamente. Hemos tenido niños que han muerto a causa de estas ‘vacunas’. No tenemos niños sanos que mueran a causa de Covid. Tenemos niños sanos que mueren a causa de estas ‘vacunas’”. El gobierno aleman dice que “vacunar” a los niños contra la Covid es más peligroso que la Covid, los eventos adversos más graves informados incluyen enfermedades cardíacas como miocarditis y pericarditis, así como otras enfermedades graves como trombosis, embolia pulmonar y el síndrome de Guillain-Barré.

David Livermore, microbiólogo médico de la Universidad de East Anglia (UEA) en el Reino Unido, dice que el mundo tendrá que vivir con el coronavirus durante años, si no décadas. Él cree que la mejor solución en el futuro es no “vacunar’ a las personas, sino fomentar una generación de niños que ya son naturalmente inmunes al virus. “Está claro que la supuesta protección mediada por la “vacuna” disminuye significativamente en cuatro a seis meses. Incluso la publicidad

gubernamental reconoce esto. Por otro lado, la reinfección sigue siendo poco común entre los infectados en la primera ola, hace más de un año".

Paul Hunter, un experto en enfermedades infecciosas de la UEA, está de acuerdo con Livermore y señala que **el riesgo de que los niños sufran los efectos secundarios causados por las "vacunas" Covid-19 supera los peligros que plantea el coronavirus**. "En las personas más jóvenes, la vacunación no es una opción libre de riesgos". Hunter también dice que "hasta la mitad" de todos los adolescentes en el Reino Unido ya han estado expuestos al coronavirus. Esto significa que ya tienen la inmunidad natural necesaria para defenderse de más infecciones por Covid-19. Por otro lado, **"vacunar" a los niños sería éticamente dudoso porque hay pocos o ningún beneficio al darles "vacunas".** La "vacunación" de los niños se haría solo para satisfacer los intereses de los adultos.

El Comité Conjunto de Vacunas e Inmunizaciones , un comité asesor que ayuda al gobierno británico con respecto a las políticas de vacunación, también está en contra de recomendar "vacunas" para niños sanos. Según el comité, el riesgo de que los niños mueran a causa del virus es de uno en un millón, por lo que no es necesario que se "vacunen".

En una entrevista con Unity News Network (UNN), la abogada Anna De Buisseret discutió los casos judiciales en curso con respecto a la decisión de implementar las "vacunas" Covid-19 en adolescentes y niños. "**Un niño menor de 18 años no puede comprender los riesgos y las consecuencias a largo plazo de recibir la "vacuna", especialmente porque "ninguno de nosotros sabe cuáles son**. **La evidencia muestra que los códigos de ética médica en todo el mundo no se están cumpliendo y se están violando múltiples leyes tanto a nivel internacional como nacional en todas las jurisdicciones, incluidos los crímenes de lesa humanidad**". De Buisseret dijo que está alarmada por la gran cantidad de personas que han resultado dañadas o que han muerto como resultado de recibir las "vacunas" contra el Covid-19 y que inyectar a los niños con estas inyecciones experimentales sería perjudicial para la sociedad.
En el estudio, se examinan cuestiones relacionadas con las "vacunas" de Covid-19 para niños. La mayor parte de las muertes per cápita atribuidas a Covid-19 oficiales ocurren en ancianos con comorbilidades altas, y las muertes per cápita atribuidas a Covid-19 son insignificantes en los niños. La mayor parte de las muertes posteriores a la inoculación normalizadas también se producen en los ancianos con comorbilidades elevadas, mientras que las muertes posteriores a la inoculación normalizadas son no despreciables, en los niños. Los ensayos clínicos para estas inoculaciones fueron a muy corto plazo (unos pocos meses), tuvieron muestras no representativas de la población total y, para adolescentes / niños, tuvieron un poder predictivo deficiente debido a su pequeño tamaño. Además, los ensayos clínicos no abordaron los cambios en los biomarcadores que podrían servir como indicadores de alerta temprana de una predisposición elevada a enfermedades graves. Lo más importante es que los ensayos clínicos no abordaron los efectos a largo plazo que, de ser graves, serían soportados por niños/adolescentes durante décadas. **Un análisis de costo-beneficio en el**

mejor de los casos mostró de manera muy conservadora que hay cinco veces el número de muertes atribuibles a cada inoculación en comparación con las atribuibles a Covid-19 en el grupo demográfico más vulnerable de 65 años o más. El riesgo de muerte por Covid-19 disminuye drásticamente a medida que disminuye la edad, y los efectos a más largo plazo de las inoculaciones en los grupos de menor edad aumentarán su relación riesgo-beneficio, quizás sustancialmente.

Recientemente, el Dr. John Cunnington, ha escrito una carta a las autoridades en Ontario:

Como médico jubilado, padre y abuelo, tengo serias preocupaciones sobre la imposición de "vacunas", las estrategias de aislamiento y el enmascaramiento innecesario que actualmente el gobierno de Ontario impone y autoriza a los niños.

No tiene sentido imponer estas medidas a los niños, especialmente las "vacunas" de ARNm contra la Covid. **Estas inyecciones no detienen la transmisión del virus o sus nuevas variantes**, sin embargo, está implementando "mandatos de vacunación" sin pensarlo dos veces con respecto a los posibles daños.

Su propio sitio web del Gobierno de Ontario confirma el hecho de que **los niños son los grupos demográficos que tienen menos probabilidades de contraer, transmitir o morir a causa de esta enfermedad**. Según el sitio web de Public Health Ontario, Enhanced Epidemiological Summary, (desde el 15 de enero de 2020 hasta el 30 de junio de 2021):

"**La proporción de resultados graves, incluidas las hospitalizaciones, el ingreso en la UCI, las muertes y las complicaciones, es mucho menor entre los casos de niños en comparación con los adultos**".

"Se han reportado dos muertes en niños en comparación con 9255 muertes reportadas entre adultos"

Si, de hecho, contraen Covid, los niños y adultos jóvenes tienen síntomas leves, rara vez requieren hospitalización, se recuperan rápidamente y el resultado es una inmunidad natural. De hecho, el hecho de la inmunidad natural es algo que las autoridades de salud pública han ignorado, creando una desconfianza catastrófica en la salud pública, el gobierno e incluso en todo nuestro sistema de salud.

Se están produciendo reacciones adversas graves a las inyecciones de la "vacuna" Covid, incluso muertes, en niños y adultos jóvenes, especialmente en niños y hombres jóvenes. Según el sitio web de los CDC: "Desde abril de 2021, se han reportado más casos de miocartitis y pericarditis en los Estados Unidos después de la "vacunación" con Pfizer-BioNTech y Moderna, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes". Hasta el 28 de agosto de 2021, Ontario ha tenido 331 informes de miocarditis o pericarditis después de recibir una "vacuna" de ARNm.

Un informe preparado por el Dr. Byram W. Bridle, PhD Profesor Asociado de Inmunología Viral en la Universidad de Guelph, concluyó:

"No es apropiado utilizar una 'vacuna experimental' en un grupo de población a menos que el beneficio de la vacunación supere el riesgo de la vacunación en ese grupo de población. **Dado que el riesgo de Covid-19 grave en niños, adolescentes y adultos jóvenes en edad fértil ya es tan bajo, no se puede concluir que el beneficio de 'vacunar' a estos grupos de población con una 'vacuna' para la que no se conocen ni la seguridad ni la eficacia a largo plazo sea exceder el riesgo**".

Es más, desde el lanzamiento de estas inyecciones, no se reconoce la inmunidad natural. El consenso de expertos coincide en que la inmunidad natural supera la intervención médica. El Dr. Michael Yeadon, ex vicepresidente de Pfizer, afirma:

"Algunos abogan por la 'vacunación' de las personas que se han recuperado de la Covid-19. Siendo la inmunización natural la última forma de vacunación, no vemos absolutamente ninguna justificación científica ni médica para tal procedimiento".

¿Están nuestros funcionarios gubernamentales y de salud pública infligiendo a sabiendas daños emocionales y corporales a los niños y las familias? Espero que las políticas que está implementando se creen por ignorancia y no por malicia. Sus mandatos violan la Carta Canadiense de Derechos y Libertades. Además, me resulta incomprensible que su gobierno anule unilateralmente los derechos de los padres a saber qué es lo mejor para sus hijos. Los padres están preocupados por sus amenazas de interferir con su derecho a tomar decisiones médicas por sus propios hijos.

El gobierno de Ontario y las autoridades de salud pública tienen obligaciones legales con respecto al consentimiento informado con respecto a todas las intervenciones médicas. Nunca antes se había obligado a niños y jóvenes estudiantes a tomar un medicamento potencialmente dañino sin datos de seguridad a largo plazo con el fin de proteger a otras personas. En medicina, esta práctica siempre ha sido poco ética, al igual que la coerción para someterse a cualquier tratamiento.

Estos son asuntos importantes en los que no ha pensado lo suficiente; las consecuencias pueden ser graves.

ACE2 (enzima convertidora de angiotensina 2) es el receptor que los coronavirus (SARS-CoV-2, SARS-CoV y NL63) usan para infectar las células. **Una expresión más alta de ACE2 aumenta la susceptibilidad in vitro al SARS-CoV**. El tabaquismo, la diabetes y la hipertensión, todos factores de riesgo asociados con una mayor gravedad de la enfermedad Covid, se asocian con una mayor expresión del receptor ACE2.

Por el contrario, una expresión reducida del gen ACE2 en las células de las vías respiratorias, **se asocia con una menor susceptibilidad a la infección por**

SARS-CoV-2. Y esto es lo que posiblemente sucede en los niños. Las tasas más bajas de infección en los niños y la ausencia de gravedad del Covid entre los niños, en comparación con los adultos, podrían explicarse por la baja expresión de ACE2 en el epitelio nasal. La menor expresión de ACE2 en niños en comparación con los adultos podría ayudar a explicar por qué Covid es menos prevalente en niños.

Para comprender si es ésta la causa biológica de la resistencia natural de los niños y adolescentes a la Covid se encuentra en marcha un estudio clínico llamado "Epidemiología humana y respuesta al SARS-CoV-2" (HEROS), financiado por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID). El estudio se diseñó para hacer un seguimiento prospectivo de 6000 niños. Se quiere determinar cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de Covid, determinar qué porcentaje de niños infectados con el SARS-CoV-2 desarrollan los síntomas de la enfermedad y determinar si las tasas de infección por SARS-CoV-2 difieren entre los niños que tienen asma y otras afecciones alérgicas y los niños que no tienen enfermedades de base. El estudio HEROS aclarará si la expresión reducida del gen ACE2 en las células de las vías respiratorias de niños con enfermedades alérgicas se correlaciona con una tasa más baja de infección por SARS-CoV-2 y Covid. Es sensato y prudente esperar los resultados del estudio HEROS antes de vacunar de manera experimental y masiva a los niños y los adolescentes.

Las células inmunes de las vías respiratorias de los niños están mejor preparadas para la detección de virus, lo que resulta en una respuesta antiviral innata temprana más fuerte a la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos.

La explicación molecular está en la diferente composición celular en las vías respiratorias superiores de niños y adultos y en la activación mejorada de las células inmunitarias innatas en los niños. **Los niños tienen una mayor expresión basal de receptores de reconocimiento de patrones en las células epiteliales de la mucosa nasal, en los macrófagos y en las células dendríticas, lo que resulta en respuestas antivirales innatas más fuertes en la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos**.

Además de la capacidad antiviral intrínseca de células epiteliales, dendríticas y macrófagos, **en los niños se encuentra un predominio de subpoblaciones de células inmunitarias distintas, en particular células T citotóxicas (necesarias para la destrucción eficaz de las células infectadas por virus) y una población de células T CD8 + distinta con un fenotipo de memoria que está casi ausente en los adultos y que serían potencialmente beneficiosas para la protección de los niños contra futuras reinfecciones**.

El curso de la enfermedad y la respuesta inmunitaria en niños y adultos después de la infección por SARS-CoV-2 son muy diferentes. Las células T en los niños tienen una mejor capacidad que los adultos para responder a virus nuevos. Además, **de acuerdo con otro estudio reciente, los niños prepandémicos tenían clones células B de memoria capaces de unirse al**

SARS-CoV-2 y mostraban una reactividad cruzada débil con otros coronavirus, mientras que la sangre o los tejidos adultos mostraron pocos clones de este tipo. **Estos resultados destacan la importancia de la exposición infantil previa a los coronavirus del resfriado común, debido a que la exposición temprana promueve la formación, distribución tisular y evolución clonal de las células B que codifican la memoria inmunitaria humoral y permiten la reactividad cruzada para respuestas protectoras futuras a nuevos patógenos**.

Numerosos estudios epidemiológicos respaldan **la evidencia de que los niños y adolescentes no solo tienen menos probabilidades de desarrollar cursos de enfermedad Covid grave, sino que también son menos susceptibles y menos propensos a transmitir el SARS-CoV-2**.

De acuerdo con la evidencia epidemiológica y científica reseñada, **los niños son efectivamente inmunes al SARS-CoV-2. Se los puede considerar naturalmente inmunizados y de bajo riesgo, por lo tanto no necesitan recibir inyecciones Covid**. Tienen una resistencia natural que los ha protegido hasta ahora sin ninguna vacuna. Las inyecciones Covid no puede beneficiarlos: tan sólo se puede esperar que se rompa esa barrera natural que los ha protegido y que aumente la susceptibilidad a la infección por las nuevas variantes de SARS-CoV-2. Ya se demostró que las personas completamente "vacunadas" tenían más probabilidades de ser infectadas por variantes de SARS-CoV-2 que las personas no "vacunadas"; y esto es debido a una disminución de la neutralización de los anticuerpos en los "vacunados", pero no porque las variantes se asocien con una mayor infectividad.

La evidencia publicada es concluyente: **el riesgo de enfermedad grave o muerte por Covid-19 en niños sanos es casi nulo (estadístico cero)**. Esta evidencia se ha acumulado más de un año; de hecho, lo sabemos desde hace más de 19 meses. Los riesgos superan claramente los beneficios de la "vacuna" Covid para los niños pequeños.

Según el Dr. Paul Elias Alexander, **la evidencia relacionada con los niños (incluido el riesgo de la inyección en sí) ayuda a explicar por qué los niños no son candidatos para las "vacunas" Covid y por qué pueden ser inmunes y, por lo tanto, pueden considerarse "completamente "vacunados"**. 5 razones por las que los niños deben considerarse ya "vacunados":

- El virus usa el receptor ACE 2 para ingresar a la célula huésped, y el receptor ACE 2 tiene una expresión y presencia limitadas (en el epitelio nasal de los niños pequeños (potencialmente en las vías respiratorias superiores).

  Esto explica en parte por qué **los niños tienen menos probabilidades de infectarse en primer lugar y menos probabilidades de transmitir el virus a otros niños o adultos, o incluso de enfermarse gravemente**. El aparato biológico molecular simplemente no está en la nasofaringe de los

niños, como se informa en este estudio de JAMA y en esta carta de investigación.

Al pasar por alto esta protección natural (receptores nasales ACE 2 limitados en niños pequeños) y entrar en el deltoides del hombro a través de la "vacuna", el ARN mensajero de la "vacuna" y el contenido de nanopartículas lípídicas (p. Ej., PEG), y la proteína de pico generada por la "vacuna", podrían dañar el endotelio, revestimiento de los vasos sanguíneos, (vasculatura) y causar reacciones alérgicas graves (por ejemplo, aquí, aquí, aquí, aquí, aquí).

- **La inmunidad innata antiviral preactivada (preparada) en las vías respiratorias superiores de los niños trabaja para controlar la infección temprana por SARS-CoV-2**, "lo que da como resultado una respuesta antiviral temprana innata más fuerte a la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos".

  Un artículo reciente profundiza nuestra comprensión de esta protección biológica / molecular de tipo natural.

- Cuando uno se vacuna o se infecta de forma natural, esto impulsa la formación, distribución tisular y evolución clonal de las células B, que es clave para codificar la memoria inmunitaria humoral.

  Una investigación reciente publicada en Science muestra que **la sangre de los niños, extraída antes de la pandemia de Covid, tiene células B de memoria que pueden unirse al SARS-CoV-2. Esta investigación sugiere el potente papel de la exposición en la primera infancia a los coronavirus del resfriado común (coronavirus)**. Esto es apoyado por Mateus et al., quien informó sobre la memoria de las células T a coronavirus anteriores que causan el resfriado común (reactividad cruzada / protección cruzada).

- Otro estudio, que se basa en investigaciones anteriores, sugiere que **la razón por la que los niños pueden neutralizar más fácilmente el virus es que sus células T son relativamente ingenuas**.

  Los investigadores argumentan que, dado que las células T de los niños en su mayoría no están capacitadas, pueden responder inmunológicamente y diferenciarse de manera óptima de manera más rápida y ágil, para montar una respuesta más sólida a los virus nuevos.

- Los niños y los adultos muestran respuestas del sistema inmunológico muy diversas y diferentes a la infección por SARS-CoV-2, lo que ayuda a explicar por qué tienen mucha menos enfermedad o mortalidad por Covid.

  Un informe de la Universidad de Yale en la revista Science Translational Medicines muestra:

"Desde los primeros días del brote de Covid-19, los científicos han observado que los niños infectados con el virus tienden a tener mejores resultados que los adultos. Los investigadores informaron de que los niveles de dos moléculas del sistema inmunológico, **la interleucina 17A (IL-17A)**, que ayuda a movilizar la respuesta del sistema inmunológico durante la infección temprana y **el interferón gamma (INF-g)**, que combate la replicación viral, estuvieron fuertemente vinculados a la edad de los pacientes. **Cuanto más joven es el paciente, más altos son los niveles de IL-17A e INF-g, el análisis mostró que estas dos moléculas son parte del sistema inmunológico innato**, un tipo de respuesta más primitiva e inespecífica que se activa poco después de la infección".

Todo esto implica que cualquier inyección/inoculación masiva, o incluso ensayos clínicos, en niños con riesgo casi nulo de propagación y enfermedad / muerte está contraindicada, no es ética y está potencialmente asociada con un daño significativo.

Aún con todo lo mostrado en el presente apartado, aún con la inmensa cantidad de pruebas de lo dañinos y poco efectivos (lo demostraré en el siguiente apartado) que son los sueros experimentales y muy especialmente para los niños-adolescentes; el martes dia 26 de octubre, la FDA aprobó la autorización para la inoculación con Pfizer para niños de 5 a 11 años, a pesar de las fuertes objeciones planteadas durante la reunión por varios científicos y médicos. Un ejemplo, es el testimonio de Brian Dressen, químico con una amplia experiencia en la investigación y evaluación del grado de eficacia de las nuevas tecnologías.

Dressen también es el esposo de Brianne Dressen, quien desarrolló una lesión neurológica grave durante la parte de Utah del ensayo de la "vacuna" Covid AstraZeneca de Estados Unidos. En 2020, después de resultar lesionada por la primera dosis, Brianne se retiró del ensayo.

Durante su testimonio de 3 minutos, dijo al panel asesor de la FDA que **la "vacuna" de Pfizer "falló en cualquier cálculo razonable de riesgo-beneficio en relación con los niños"**. Exactamente dijo:

"Su decisión está siendo apresurada, basada en datos incompletos de ensayos con poca potencia, insuficientes para predecir las tasas de reacciones adversas graves y duraderas. Insto al comité a rechazar la modificación de la EUA [autorización de uso de emergencia] y ordenar a Pfizer que realice pruebas que demuestren de manera decisiva que los beneficios superan los riesgos para los niños. Entiendo de primera mano el impacto que tendrá o no tendrá con la decisión que tomará hoy".

Dressen le dijo a la FDA cómo su esposa resultó gravemente herida en noviembre pasado por una dosis única de una "vacuna" Covid administrada durante un ensayo clínico: "Debido a que el protocolo del estudio requiere dos dosis, se eliminó del ensayo y se eliminó su acceso a la aplicación del estudio. Su reacción no se describe en el informe del ensayo clínico publicado recientemente. Se

describe que 266 participantes tuvieron un evento adverso que llevó a la interrupción, con 56 reacciones neurológicas contabilizadas".

Dijo que desde entonces él y su esposa se han reunido con participantes de otros ensayos de "vacunación", incluido el ensayo de Pfizer para niños de 12 a 15 años, que sufrieron reacciones y suerte similares: "Los grupos de apoyo para afectados están creciendo. Las membresías ascienden al menos a decenas de miles. Debemos hacerlo mejor. Los afectados en un ensayo son una pieza fundamental de los datos de seguridad de las 'vacunas'. Están siendo arrojados a un lado y olvidados. La FDA ha conocido de primera mano su caso y miles de otros. La FDA también ha declarado que sus propios sistemas no están identificando este problema y que VAERS no está diseñado para identificar señales de síntomas múltiples. El sistema está roto".

Dressen dijo que la vida de su familia ha cambiado para siempre: "Los ensayos clínicos no están evaluando adecuadamente los datos. La FDA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y las compañías farmacéuticas continúan desviando los gritos persistentes y repetidos de ayuda y reconocimiento, dejando a los heridos como daños colaterales".

"Hasta que no cuidemos adecuadamente a los que ya están afectados, reconozcamos el alcance total de las lesiones que les están sucediendo a los adultos, por favor no les dé esto a los niños. Tienen la responsabilidad muy clara de evaluar adecuadamente los riesgos y beneficios de estas 'vacunas'. Es obvio que eso no está sucediendo".

"El sufrimiento de miles continúa cayendo repetidamente en oídos sordos ante la FDA. Cada uno de ustedes tiene una responsabilidad importante hoy y saben que sin duda, cuando **aprueban esto para los niños de 5 a 11 años, están condenando a niños inocentes y padres desinformados a un destino que sin duda les robará la vida a algunos de ellos**".

El Dr. Bryan Ardis habló sobre la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de las "vacunas" contra la Covid-19 para niños durante el episodio del 27 de octubre de "The Dr. Ardis Report" en Brighteon TV. Ardis dijo que la FDA aún aprobó la vacuna Pfizer-BioNTech para niños a pesar de ser consciente de sus riesgos:

"¿Por qué aprobaron esto, cuando ya se ha demostrado que ha dañado a un montón de personas? No estoy de acuerdo con que en realidad se sentaron durante toda una reunión toda la mañana de ayer y luego dijeron que no hay datos que respalden que los riesgos superan los beneficios de las "vacunas" para niños de cinco a 11 años".

Ardis citó la hoja de datos de la FDA para la "vacuna" Pfizer-BioNTech, que describe los riesgos asociados con ella. Estas hojas informativas también están disponibles para la inyección de ARNm de Moderna y la vacuna Johnson & Johnson de dosis única.

“¿Cuáles son algunos de los riesgos asociados con esta inyección para la que, simplemente, ampliaron la autorización de uso de emergencia? En realidad, enumera los efectos secundarios que se han informado con esta ‘vacuna’, incluida la miocarditis y pericarditis. Este es el documento de la FDA, por lo que saben que estos son efectos secundarios de las vacunas".

También miró la hoja de datos de la FDA para la “vacuna” de ARNm de Moderna. Al igual que en el documento de Pfizer, los riesgos de la vacuna de dos dosis incluyen miocarditis, pericarditis y desmayos. Ardis señaló que los desmayos están realmente relacionados con la inflamación cardíaca.

“Menciona desmayos asociados a la inyección de la ‘vacuna’. Eso significa que algunas personas se sienten mareadas y se desmayan. Sin embargo, ¿sabía que un síntoma de miocarditis en realidad se llama síncope? Desmayarse, perder el conocimiento y desmayarse, es un efecto secundario, una complicación de la miocarditis”, explicó Ardis.

“Ellos te van a inyectar una inyección que saben que causa inflamación del músculo cardíaco, que en realidad es una causa de insuficiencia cardíaca congestiva. ¿Cuántos de ustedes piensan que sus hijos de cinco a 11 años merecen comenzar su adolescencia con insuficiencia cardíaca congestiva causada por miocarditis?”.

No obstante, los reguladores están preocupados por la seguridad del suero de Moderna antiCovid, particularmente entre pacientes jóvenes, tras los datos publicados durante el verano que sugirieron que el pinchazo de Moderna podría ser aún más peligroso para los pacientes más jóvenes que su principal rival, el suero experimental de Pfizer. Los estudios de seguridad de ambas “vacunas” llevados a cabo por investigadores canadienses encontraron que el riesgo del suero de Moderna podría ser hasta 2.5 veces más alto que los peligros de los efectos secundarios del suero de Pfizer.

Después de que la FDA y los CDC ignoraron los consejos de sus respectivos paneles asesores y siguieron adelante con la oferta de aprobaciones de uso de emergencia para ambos sueros y el suero de J&J para pacientes más jóvenes, pero ahora, la FDA está reexaminando su decisión de autorizar el suero de Moderna para adolescentes de hasta 12 años. Específicamente, la agencia está examinando la posibilidad de una inflamación cardíaca peligrosa en un cierto grupo de pacientes más jóvenes, que tienen un mayor riesgo de sufrir efectos secundarios.

La FDA ha decidido retrasar la aprobación de la “vacuna” de Moderna para pacientes de entre 12 y 17 años, una decisión que se toma solo tres días después de que la FDA autorizara la “vacuna” Covid-19 de Pfizer-BioNTech para niños de entre cinco y 11 años.

También se produce justo antes de que se esperaba que los asesores de Moderna expandieran el uso de emergencia de la vacuna también a los pacientes más jóvenes.

Según Hill, Moderna, con sede en Cambridge, Massachusetts, se le dijo que la agencia federal necesitaría hasta al menos enero de 2022 antes de que la FDA pueda finalizar su revisión. La compañía también agregó que retrasará su solicitud de autorización de la FDA de su "vacuna" Covid para niños de 6 a 11 años, informó el diario.

El anuncio se produce después de que varios países, incluidos Finlandia y otros desde países nórdicos hasta Japón, expresaron su preocupación de que la "vacuna" Moderna aumentara el riesgo de miocarditis en hombres de 18 a 30 años.

Esto es solo un contratiempo. No es más que una interrupción. Aún así, se enviarán a los proveedores de todo el país viales de tamaño infantil que se pueden guardar en refrigeradores junto con las agujas más pequeñas necesarias para inyectar a los niños pequeños.

Los pacientes más jóvenes podrán recibir la "vacuna" en los consultorios de su pediatra o en las farmacias locales, y posiblemente incluso en sus escuelas, en lugar de en los sitios de "vacunación" masiva.

Durante meses, la "vacuna" de Moderna ha estado bajo escrutinio debido a datos que muestran que los hombres jóvenes que la reciben tienen un mayor riesgo de miocarditis, una inflamación del músculo cardíaco y pericarditis, una inflamación del saco alrededor del corazón.

El Dr. Tom Shimabukuro dijo que existe un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis con la "vacuna" de Moderna o de Pfizer, en particular después de la segunda dosis de las "vacunas".

Según el Daily Mail, los datos indicaron que el riesgo era 13 veces mayor para quienes recibieron la "vacuna" de Moderna que para quienes recibieron la "vacuna" Pfizer.

La FDA había abordado la preocupación por la "vacuna" Pfizer en su declaración dándole autorización completa, diciendo que "los datos demuestran mayores riesgos, particularmente dentro de los siete días posteriores a la segunda dosis". "El riesgo observado es mayor entre los hombres menores de 40 años en comparación con las mujeres y los hombres mayores. El riesgo observado es más alto en los hombres de 12 a 17 años de edad", dijo la FDA. La agencia señaló que "algunas personas requirieron apoyo de cuidados intensivos" y que aún no se dispone de información a largo plazo sobre los riesgos.

En respuesta a la autorización del suero de Pfizer para niños de 5 a 11 años, la Asociación de Médicos y Cirujanos Estadounidenses (AAPS, por sus siglas en inglés) emitió una declaración de que ***cualquier persona que administre la inyección debe obtener primero un consentimiento totalmente informado y completamente voluntario, sin amenazas ni incentivos***.

AAPS señala que las pruebas en niños fueron limitadas. Solo 1518 niños recibieron las inyecciones y 750 recibieron un placebo. El seguimiento fue de solo dos meses en un grupo y 2.5 semanas en otro.

Se afirma que las inyecciones tienen una efectividad del 91% contra el Covid sintomático en niños, según 16 casos de Covid en el grupo placebo y tres casos en el grupo "vacunado". **AAPS observa que se trata de una reducción absoluta del riesgo de solo alrededor del 2%**.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) **reconoce un riesgo de miocarditis (inflamación del corazón)** y requiere estudios poscomercialización que duren cinco años en adultos en su carta de aprobación de la "vacuna" BioNTech Comirnaty, que es similar al producto Pfizer pero aún no disponible en los EE. UU. Todos los demás productos están disponibles únicamente bajo una autorización de uso de emergencia (EUA).

AAPS declara: "No conocemos ni podemos conocer los efectos a largo plazo sobre el cáncer, la fertilidad o las enfermedades autoinmunes". Sin embargo, el miembro del comité, el Dr. Eric Rubin, afirma: "Nunca vamos a saber qué tan segura es esta 'vacuna' a menos que comencemos a administrarla. Así es como funciona".

AAPS concluye que "***para dar un consentimiento verdaderamente informado, los padres necesitan información completa sobre los posibles efectos secundarios, incluso si son 'extremadamente raros***'".

AAPS hace las siguientes observaciones:

- En la prueba, solo 1518 niños recibieron las inyecciones y 750 recibieron un placebo. Esto **es demasiado poco para ver efectos secundarios poco comunes, como miocarditis / pericarditis**, como admite Pfizer.
- El seguimiento fue de dos meses en un grupo y solo 2.5 semanas en otro. La solicitud de Pfizer **establece que las secuelas a largo plazo de la miocarditis / pericarditis "posvacunación" en participantes de 5 a 12 años de edad se estudiarán después de que se autorice la "vacuna" para los niños**.
- **Los niños no fueron examinados para detectar miocarditis asintomática leve, que podría causar daños a largo plazo, como al verificar los niveles de troponina o ecocardiogramas, o para detectar problemas de coagulación sanguínea, como al verificar el recuento de plaquetas y los dímeros D**.
- El único producto "aprobado" por la FDA, BioNTech's Comirnaty (aún no disponible en los Estados Unidos), **debe realizar estudios sobre miocarditis que duren 5 años**.

- Se supone que se requieren exámenes de calificaciones de seguridad mensuales de las tres “vacunas” disponibles, que tienen diferentes dosis, pero **no se ha producido ni lanzado ninguno**.

- La afirmación de una efectividad relativa del 91% contra la Covid sintomática en niños se basa en 16 casos de Covid en el grupo placebo y tres casos en el grupo “vacunado” durante el breve período de seguimiento. **Se trata de una reducción absoluta del riesgo de aproximadamente un 2%**.

- **No conocemos ni podemos conocer los efectos a largo plazo sobre el cáncer, la fertilidad o las enfermedades autoinmunes**. “Pero nunca vamos a saber qué tan segura es esta ‘vacuna’ a menos que comencemos a administrarla. Así es como funciona”, afirmó el miembro del comité, el Dr. Eric Rubin, médico del Hospital Brigham and Women's de Boston, profesor de inmunología en la Escuela de Salud Pública TH Chan de Harvard y actual editor en jefe del New England Journal of Medicine. La alternativa a dar un producto a la mayor parte de una generación completa son los estudios en animales o restringir el uso a un grupo definido con más probabilidades de beneficiarse, con un seguimiento estrecho.

- La dosis para niños es un tercio de la dosis para adultos. **La dosificación en pediatría generalmente se determina por peso. No todos los niños pesan lo mismo y su peso no se triplica entre los 11.9 y los 12 años**.

- **No se ha demostrado que los productos Covid interrumpan la infección y la transmisión. El enmascaramiento y el distanciamiento todavía se recomiendan o requieren para los adultos. Por lo tanto, las esperanzas de volver a la normalidad una vez “vacunados” están fuera de lugar**.

El Dr. Harvey Risch, epidemiólogo de Yale, declaró que educaría a sus hijos en casa si las escuelas públicas ordenaran esta vacuna.

Nadie debe administrar una inyección antiCovid a un niño a menos que los padres hayan dado su consentimiento totalmente informado y completamente voluntario, sin amenazas ni incentivos.

El Dr. Daniel Nagase, las inyecciones experimentales son particularmente peligrosas para los niños.

A pesar del hecho de que los sueros no funcionan y que la inmunidad natural es superior, explica que ***la introducción de una proteína de pico artificial en el sistema inmunológico en desarrollo de los niños presenta riesgos adicionales de cambiar su ADN, deteriorar su "especificidad" inmunológica y aumentar sus riesgos de cáncer***.

Concluye que **los pinchazos contra una sola proteína son "estúpidos" y que las "variantes" de la influenza nunca son un problema con la inmunidad natural**.

Un pequeño ajuste en las "vacunas" de ARNm de Pfizer que recibirán los niños de 5 a 11 años es una diferencia significativa **en la fórmula que, por alguna razón, no se menciona en los medios de comunicación**.

El cambio en los ingredientes se enumera en la página 12 del documento informativo de Pfizer de la FDA como una "defensa" llamado trometamina (Tris), cuyo objetivo es proporcionar un "mejor perfil de estabilidad". Moderna ya lo utilizó en las vacunas para niños mayores y adultos.

Pero lo que la FDA no dice es que la trometamina (Tris), también conocida como THAM, es un agente reductor de ácido en la sangre que se utiliza por vía intravenosa para estabilizar a las personas que sufren ataques cardíacos y durante la cirugía de corazón.

La FDA dijo para un comunicado de prensa que por lo general la Tris se utiliza en otros productos para niños y que no presenta problemas de seguridad, pero, una vez más, lo que no dice es que una las principales funciones de la Tris en cualquier producto biológico como la "vacuna", consiste en aumentar la permeabilidad de la pared celular.

Ahora, muchos quieren saber por qué Pfizer sintió la necesidad de reemplazar PBS con Tris en la versión para niños de su "vacuna". ¿Quizá sabe la compañía que sin él, los niños "completamente vacunados" probablemente experimentarán ataques cardíacos visibles? ¿Se está agregando Tris a los viales de estos niños para tratar de encubrir los eventos cardiovasculares que causan, o al menos minimizarlos? ¿Por qué los principales medios de comunicación no informan nada de esto?

Hay muchas preguntas sin respuesta. Y dado que tan pocas personas hacen preguntas, es posible que nunca se den respuestas a menos que la gente comience a exigirlas.

La FDA afirma que realizó una "evaluación completa y transparente de los datos", pero ¿cómo puede ser esto cuando se cambió toda la fórmula del suero al amparo de la oscuridad?

Los niños ni siquiera se enferman por Covid-19 en primer lugar. Entonces, ¿por qué necesitan una "vacuna" inútil y peligrosa que contenga medicamentos ocultos para el ataque cardíaco?

De acuerdo con The Journal of Physiology: "**Cuando se utiliza la Tris en concentraciones como defensa en soluciones salinas fisiológicas, puede ejercer efectos tóxicos en la transmisión neuromuscular en el músculo liso y cardíaco, aunque no en el músculo esquelético. Los efectos son variables, principalmente presinápticos, y parecen afectar la transmisión**

motora y en especial a la adrenérgica. Es posible que se relacionen con acciones metabólicas intracelulares de Tris".

Entre los muchos efectos secundarios causados por Tris ***se encuentran: depresión respiratoria, irritación local, inflamación tisular, infección en el lugar de la inyección, respuesta febril, flebitis química, venospasmo (espasmos venosos), hipervolemia, trombosis intravenosa, extravasación (con posible necrosis y desprendimiento de tejidos), disminuciones transitorias de las concentraciones de glucosa en sangre, hipoglucemia y necrosis hepática con la infusión a través de catéteres venosos umbilicales bajos***.

Efectividad

Los defensores de las inyecciones antiCovid han cambiado repetidamente la definición de "eficacia" de la "vacuna". Antes de que se usaran las inyecciones, se dijo que evitarían la infección. Cuando quedó claro que no eran muy eficaces para prevenir la infección, se afirmó que la verdadera eficacia se medía en función de si las personas "vacunadas" podían propagar la infección. Pero cuando quedó claro que las personas "vacunadas" pueden propagar la infección, afirmaron que la verdadera medida de la eficacia es que ninguna persona "vacunada" sería hospitalizada o moriría de Covid. Cuando quedó claro que estaban siendo hospitalizados y muriendo, después de todo, los defensores de la inyección afirmaron que éstas siguen siendo altamente efectivas porque menos personas "vacunadas" mueren de Covid cosa que se ha demostrado falso. Ya se están aplicando tres o cuatro dosis de inyecciones para lograr la suspuesta eficacia:

- Se dijo que las inyecciones de ARN evitarían la infección: FALSO
- Se dijo que evitarían propagar la infección: FALSO
- Tienen 95% de eficacia: FALSO
- Ninguna persona "vacunada" sería hospitalizada o moriría por Covid: FALSO
- Efectos secundarios de la inyección serían leves: FALSO
- Minimizaron el poder de la inmunidad natural: FALSO
- Anunciaron tener un Sistema de Control que funcione de Efectos Adversos de Vacunas: FALSO
- Encierros y mandatos necesarios: FALSO
- Los test PCR son efectivos para diagnosticar la infección: FALSO
- Los niños necesitan la inyección: FALSO

La ciencia ha demostrado que la efectividad real de esas "vacunas", es muy inferior a la que sus respectivos fabricantes han afirmado que tienen (1) (2) (3) (4) **y además, en el caso de las que utilizan el ARNm, es altamente dependiente de la cantidad intacta de ese material con que cuentan esas "vacunas"** (5). Han utilizado un parámetro llamado reducción de riesgo relativo (RRR), cuando tendrían que haber utilizado la reducción de riesgo absoluto (ARR), para calcular el **NNV (número de personas "vacunadas" necesarias para evitar un nuevo contagio), que en el caso de Pfizer y a modo de ejemplo, es de 119 ya en la fase 3 del ensayo (es decir, son necesarias 119 personas "vacunadas" con Pfizer, para prevenir que 1 no se contagie)**. Los datos de ARR para todas las vacunas autorizadas de emergencia son (6): **1.3% para AstraZeneca–Oxford, 1.2% para Moderna–NIH, 1.2% para J&J, 0.93% para Gamaleya y 0.84% para Pfizer–BioNTech**. Este vídeo lo explica con cifras oficiales, hay un 4520% más de posibilidades de morir por la "vacuna de la Covid" que por la Covid.

En la publicación, el Dr. Ron Brown calcula la reducción del riesgo absoluto de las "vacunas" de Pfizer y Moderna, al basarse en sus propios datos de ensayos clínicos, de modo que puedan compararse con la reducción del riesgo relativo que reportaron ambas compañías. Aquí hay un resumen de sus hallazgos:

- "Vacuna" BNT162b2 de Pfizer/BioNTech. Reducción del riesgo relativo: 95.1 %. Reducción del riesgo absoluto: 0.7 %.

- "Vacuna" mRNA-1273 de Moderna. Reducción del riesgo relativo: 94.1 %. Reducción del riesgo absoluto: 1.1 %.

Una evaluación crítica de los datos de ensayos clínicos disponibles públicamente verifica que los porcentajes de reducción del riesgo absoluto para la "vacuna" Pfizer / BioNTech BNT162b2 y la "vacuna" Moderna mRNA-1273 son, respectivamente, 0.7% y 1.1%; a 1.32%. Los mismos datos disponibles públicamente, sin medidas absolutas de reducción del riesgo, fueron revisados y aprobados por la lista de miembros que forman parte del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC) de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para la autorización de uso de emergencia (EUA) de las "vacunas" de ARNm. Irónicamente, la omisión de medidas absolutas de reducción del riesgo en los datos revisados por el VRBPAC pasa por alto las directrices de la FDA para comunicar al público los riesgos y beneficios basados en la evidencia. El consejo de la FDA para los proveedores de información incluye:

"Proporcione riesgos absolutos, no solo riesgos relativos. Los pacientes se ven indebidamente influenciados cuando la información de riesgo se presenta utilizando un enfoque de riesgo relativo; esto puede resultar en decisiones subóptimas. Por lo tanto, se debe utilizar un formato de riesgo absoluto".

Pfizer afirma que la inyección de ARNm antiCovid-19 tiene una efectividad como "vacuna" del 95%. Pudieron afirmar esto debido a lo siguiente:

Durante el ensayo clínico en curso, 43 661 sujetos se dividieron equitativamente entre los grupos de placebo y "vacuna" (aproximadamente 21 830 sujetos por grupo).

En el grupo de placebo, el grupo que recibió no tenía la "vacuna" Pfizer Covid-19, 162 se infectaron con el coronavirus y mostraron síntomas. Mientras que en el grupo de la "vacuna", el grupo que recibió la "vacuna" real, ese número fue solo de 8. Por lo tanto, el porcentaje del grupo placebo que se infectó fue igual al 0.74% (162/21830 x 100 = 0.74 %) y un 0.04% del grupo "vacunado" se infectó (8/21830 x 100 = 0.04%).

Para calcular la eficacia de su inyección de ARNm de Covid-19, Pfizer realizó el siguiente cálculo:

Primero restaron el porcentaje de infecciones en el grupo "vacunado" del porcentaje de infecciones en el grupo placebo.

0.74% - 0.04% = 0,7%

Luego dividieron ese total por el porcentaje de infecciones en el grupo de placebo, lo que equivalía al famoso 95%.

0.7 / 0.74 = 95%

Lo que no cuentan, **es el hecho de que este cálculo fue extremadamente engañoso y solo midió la efectividad relativa en lugar de la efectividad absoluta**. Tampoco necesitamos entrar en el hecho de que **Pfizer eligió ignorar miles de otras infecciones sospechosas durante el ensayo en curso y no realizar una prueba de PCR para confirmar la infección porque habría arrojado la eficacia por debajo del mínimo requerido del 50% para obtener la aprobación regulatoria**.

***Riesgo Relativo*, del 95% significa que de cada 100 personas "vacunadas", 95 supuestamente tendrán menor riesgo de morir o ser hospitalizados que los no "vacunados"**.

***Riesgo absoluto* de 1% significa que de cada 100 personas que reciben la inyección sólo 1 tiene menor riesgo de morir, o ser hospitalizado, situación que no está sucediendo**.

Falsamente, se le dice al público en general que la "vacuna" Pfizer Covid-19 tiene una efectividad del 95% debido al cálculo realizado anteriormente. El mismo cálculo también se utilizó en función de los resultados individuales para afirmar una eficacia de la "vacuna" de alrededor del 70% para AstraZeneca y alrededor del 98% para Moderna.

Una evaluación crítica de los datos de los ensayos clínicos de fase III para la "vacuna" Pfizer / BioNTech BNT162b2 y la "vacuna" Moderna mRNA-1273 muestra que las medidas de reducción del riesgo absoluto son mucho más

bajas que las medidas de reducción del riesgo relativo informadas. Sin embargo, los fabricantes no informaron sobre las medidas absolutas de reducción del riesgo en documentos publicados. Además, el Comité Asesor de la FDA de EE. UU. (VRBPAC) no siguió las pautas publicadas por la FDA para comunicar los riesgos y beneficios al público, y el comité no informó las medidas absolutas de reducción del riesgo al autorizar las vacunas BNT162b2 y mRNA-1273 para uso de emergencia. Tales ejemplos de sesgo de notificación de resultados engañan y distorsionan la interpretación pública de la eficacia de la "vacuna" de ARNm de Covid-19 y violan las obligaciones éticas y legales del consentimiento informado.

Gracias a una gran cantidad de datos publicados por la nueva Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, podemos usar el mismo cálculo utilizado para calcular la falsa efectividad del 95% de la "vacuna" de Pfizer, para calcular la efectividad en el mundo real de las "vacunas" Covid-19.

La tabla 2 del informe de vigilancia de vacunas de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, publicado el 7 de octubre de 2021, muestra el número de infecciones registradas por estado de vacunación entre la semana 36 y la semana 39 de 2021. También muestra la tasa de casos confirmados entre las personas completamente "vacunadas" y las tasas entre personas no "vacunadas" por cada 100 000 habitantes.

Pfizer tenía la misma cantidad de personas que habían sido "vacunadas" y no habían sido "vacunadas" en el ensayo clínico en curso para calcular la efectividad de su "vacuna", por lo que para calcular la efectividad en el mundo real, todo lo que tenemos que hacer es realizar el mismo cálculo utilizando las tasas por 100 000; números suministrados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, que son los siguientes:

La eficacia de todas las "vacunas" disponibles combinadas es tan baja como – 85.71% en el grupo de edad de 40 a 49 años, y tan alta como - 3,4% en el grupo de edad de 30 a 39 años. Esto muestra que las "vacunas" Covid-19 están haciendo que las personas sean más susceptibles a contraer Covid-19, en lugar de prevenir los casos de Covid-19 en el 95% que se afirma.

Al combinar los números proporcionados para todos los grupos de edad mayores de 30 años, la efectividad promedio de la "vacuna" de - 47.69%, y definitivamente estamos viendo esto en el número de casos confirmados por estado de "vacunación".

Entre la semana 36 y la semana 39 de 2021, hubo 41 149 casos confirmados de Covid-19 en los mayores de 30 años no "vacunados", 14 649 casos confirmados en los mayores de 30 parcialmente "vacunados" y un alarmante 243 373 casos confirmados en los mayores de 30 totalmente "vacunados".

El nuevo informe de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido **demuestra sin lugar a dudas que las "vacunas" Covid-19 no funcionan y, de hecho, empeoran a los receptores**.

La semana pasada las "vacunas" Covid-19 estaban demostrando tener una efectividad negativa promedio en todas las personas mayores de 18 años en el Reino Unido de -70%. Hoy podemos revelar que el último informe disponible de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, que ha reemplazado recientemente a Public Health England, muestra que las "vacunas" Covid-19 ahora están demostrando tener una efectividad negativa promedio en todas las personas mayores de 18 años en el Reino Unido de -73%, a pesar de que lleva semanas en una campaña de las inyecciones de refuerzo.

La Tabla 5 del informe de vigilancia de vacunas de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, publicado el 28 de octubre de 2021, muestra la tasa de casos confirmados de Covid-19 entre las personas completamente "vacunadas" y las tasas entre las personas no "vacunadas" por cada 100 000 personas.

Como ya dije anteriormente, Pfizer tenía la misma cantidad de personas que habían sido "vacunadas" y no habían sido "vacunadas" en el ensayo clínico en curso para calcular la efectividad de su "vacuna", por lo que para calcular la efectividad en el mundo real, todo lo que tenemos que hacer es realizar el mismo cálculo utilizando las tasas por 100 000; números suministrados por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, que son los siguientes:

La eficacia de todas las "vacunas" disponibles combinadas es tan baja como -128% en el grupo de 40 a 49 años, y tan alta como + 13% en el grupo de 18 a 29 años, que ha disminuido desde una eficacia de + 21% en el grupo de edad datos publicados semanas anteriores. Este es el único grupo de edad, además de los menores de 18 años, en el que las "vacunas" muestran actualmente una eficacia positiva.

Esto demuestra que las "vacunas" Covid-19 están haciendo que las personas sean más susceptibles a contraer Covid-19, en lugar de prevenir los casos de Covid-19 en el 95% declarado, y el hecho de que la efectividad de las "vacunas" ahora ha superado la barrera del -100% en todas las personas entre 40 y 69 años, sugiere que ha diezmado por completo su sistema inmunológico, al menos en lo que respecta a la infección por el presunto virus SARS-CoV-2.

Al combinar los números proporcionados para todos los grupos de edad mayores de 18 años, podemos calcular una efectividad promedio de la "vacuna" de -73%, y definitivamente estamos viendo esto en el número de casos confirmados por estado de "vacunación".

¿Entonces qué tipo de supuesta protección proporcionan las "vacunas" antiCovid?

Es importante considerar que, además de brindar una protección insignificante en términos de reducción del riesgo absoluto, no proporcionan inmunidad. Todo lo que, supuestamente, pueden hacer es reducir la gravedad de los síntomas de la infección (lo cual, demostraré más adelante en este informe, que tampoco sucede). Según el Dr. Bhakdi, incluso tampoco eso:

"No mostraron ningún beneficio en los ensayos clínicos. Esto es lo más absurdo. Las personas no entienden que las están engañando y que las han engañado todo este tiempo. Analicemos uno de estos ensayos de Pfizer: 20 000 personas sanas "vacunadas" y otras 20 000 sin 'vacunar'. Y luego, durante un período de unas 12 semanas, monitorearon cuántos casos encontraron en el grupo 'vacunado' y cuántos casos encontraron en el grupo no 'vacunado'. Sus resultados: menos del 1 % del grupo 'vacunado' contrajo Covid-19 y menos del 1 % en el grupo no "vacunado' también contrajo Covid-19.

La diferencia fue del 0.8 al 0.1%, la cual es insignificante si consideramos el hecho de que ni siquiera analizaron los casos graves. Analizaron a las personas con una prueba de PCR positiva, la cual como todos sabemos ya no tiene ningún valor, y con un síntoma, que podría ser tos o fiebre.

Ese no es un caso grave de Covid-19 y cualquier 'vacuna' en busca de autorización debe demostrar que protege contra enfermedades graves y muerte. Queda claro que sus ensayos no lo demostraron. Entonces, olvídese de la autorización. No se puede autorizar, no por ningún medio habitual.

Ahora las 'vacunas' antiCovid solo tienen una autorización de emergencia y no una aprobación total, lo que también es muy absurdo, ya que sabemos que la **tasa de mortalidad de esta enfermedad o virus no es mayor que la de la gripe estacional**. John Ioannidis publicó estos números, que nunca han sido cuestionados por nadie en el mundo y que nadie puede refutar.

Si tiene menos de 70 años y no tiene una enfermedad grave preexistente, es muy poco probable que muera [de infección por SARS-CoV-2]. Por lo tanto, no existe una tasa de mortalidad que se pueda reducir.

Y para las personas de edad avanzada con enfermedades preexistentes, como sabemos por el trabajo del Dr. Peter McCullough y sus colegas, existen estrategias y medicamentos muy buenos para tratar este virus para que las tasas de mortalidad bajen de 70 a 80 %, lo que significa que no hay ningún motivo para una "vacuna" de uso de emergencia, de ningún tipo.

Esto significa que la FDA tendría que retirar esta autorización de uso de emergencia, a menos que esté coludida con quien está detrás de todo esto".

Hace unos meses, decidieron quitar el grupo de control de este ensayo. Y la justificación fue que la "vacuna" era demasiado valiosa como para negársela a los participantes del grupo de control. Pero esta es solo otra forma engañosa de eludir la notificación de todos los efectos adversos que ocurren en el grupo de la inyección.

Dicho esto, vale la pena repetir que **la FDA puede otorgar una autorización de uso de emergencia a un medicamento o "vacuna" pandémica, solo si aún no existe un tratamiento o alternativa efectiva, y, en este caso, dado que ya existen varias de estas alternativas, la FDA está obligada por la ley a revocar la autorización de uso emergencia**.

Un aspecto de vital importancia en todas las vacunas de ARNm, es la inestabilidad del ARN. Es la razón principal de los rigurosos requisitos técnicos en su elaboración y conservación y que ha sido abordado encapsulando el ARNm en nanopartículas lipídicas. El que una molécula de ARNm esté intacta, es vital para su potencial como vacuna; hasta tal punto, que incluso una reacción menor de degradación en cualquier lugar a lo largo de la cadena, puede ralentizar o incluso detener el proceso de traducción de esa cadena y, por lo tanto, dar lugar a la expresión incompleta del antígeno diana. Se ha constatado que científicos de la EMA encargados de garantizar la calidad de fabricación (la química, el método de fabricación y el control de todos los aspectos de la presentación que Pfizer ha remitido a la EMA), están muy preocupados sobre las especies de ARNm truncado y modificado presentes en el producto terminado. Existe una diferencia significativa en el % Integridad del ARN / especies truncadas, entre los lotes de los ensayos y los lotes comerciales propuestos (entre un 55 y un 78%). Se desconoce la causa y el impacto de esta pérdida de integridad del ARN en la seguridad y la eficacia de la vacuna; aún no se ha definido (7).

La falta de efectividad de las "vacunas" se está produciendo incluso en países con una alta tasa de "vacunación", como Inglaterra (Reino Unido) o Israel entre otros y, está siendo recogida en informes oficiales y en artículos periodísticos. En el caso del Reino Unido, incluso con el 75% de su población "vacunada", está experimentando un aumento de las muertes por Covid; hay que señalar, que no son los no "vacunados" los que mueren según el informe (8), entre las 300 010 personas estudiadas, **la tasa de mortalidad para las personas completamente "vacunadas" fue del 0.85%, mientras que para los no "vacunados" fue del 0.16%**. **Las personas completamente "vacunadas" son más propensas a la hospitalización que sus homólogos no "vacunados"**. Según ese informe, de las 47 008 personas completamente "vacunadas", el 2.88% (1355 personas) terminaron en un hospital y entre las 151 054 personas no "vacunadas", solo el 1.95 por ciento (2960 personas) fueron hospitalizadas (9). En el informe SPI-M-O (10), en su página 10 punto 32, dice lo siguiente: "**El resurgimiento tanto de las hospitalizaciones como de las muertes, está dominado por las personas que han recibió dos dosis de la 'vacuna', que comprenden alrededor del 60% y el 70% de la ola respectivamente** (11). Esto se puede atribuir a los altos niveles de captación en los grupos de edad de mayor riesgo, de modo que los **fallos de inmunización explican una enfermedad más grave que en los individuos no 'vacunados'**". **En otro informe de la Salud pública**, elaborado el 25 de junio de 2021 (12), se especifica que **las personas totalmente "vacunadas" tienen un 990% más de probabilidad de morir debido a la Covid-19 que las personas no "vacunadas"** (13) o también, que **el 62% de las muertes asociadas a la Covid-19, ahora mismo, están ocurriendo en personas "vacunadas"** (14) o que el 68% de las muertes por Covid en el rango de los 50, también es de "vacunados "(15). **El número de muertos tras "vacunarse" es un 79% mayor que el debido a la propia enfermedad en el Reino Unido** (16). Según **un informe de la Sanidad pública inglesa** (17), **las personas completamente "vacunadas" tienen un 65% más de probabilidades de ser hospitalizadas y un 1540% más de probabilidades de morir debido a Covid-19 que las personas que no están "vacunadas"** (18). Desde febrero

de 2021 hasta la fecha, **el 64% de las muertes por Covid ocurridas en Inglaterra, se producen entre gente "vacunada" contra la enfermedad** (19). Del último informe sobre variantes preocupantes de la Sanidad del Reino Unido del 20 de agosto de 2021, se deduce que **la "vacuna" Covid-19 en realidad aumenta el riesgo de muerte en al menos un** 338**% en lugar de reducir el riesgo de muerte en un 95%**. En su último informe, la agencia de Salud inglesa indica 224 muertes en 28 773 "vacunados" con doble dosis y 165 muertes en 121 402 no "vacunados", todos infectados con la supuesta variante Delta, lo cual, se traduce en que la letalidad de esta variante es del 0.74% en los "vacunados" y sólo del 0.14% en los no "vacunados". Por tanto, **la letalidad es mayor en los "vacunados"**, en otras palabras, si un "vacunado" está infectado, es más probable que muera. **El riesgo de muerte por Covid aumenta un** 182% **en personas totalmente "vacunadas"**.

Según el **informe de la Sanidad pública escocesa (PHS)** del 28 de julio, **el mayor porcentaje de personas fallecidas, es de personas "vacunados"** (20) (21). Si analizamos detalladamente los datos, podemos sacar varias conclusiones:

- **La "vacuna" no proporciona ningún beneficio para detener la tasa de infección por el virus Covid-19.**
- **La "vacuna" no evita la hospitalización por enfermedad sintomática grave.**
- **La "vacuna" no previene la insuficiencia respiratoria aguda grave que resulta de la infección por SARS-CoV-2.**
- **La población "vacunada" que es hospitalizada y luego muere por Covid-19 representa el 87% de todas las muertes**.

Estos resultados preocupantes también fueron confirmados por la Cruz Roja diciendo anteriormente: "Las personas 'vacunadas' no pueden contribuir con plasma sanguíneo convaleciente para ayudar a otros pacientes con Covid-19 en los hospitales. Ese plasma está compuesto por anticuerpos de personas que se han recuperado del virus, pero la vacuna elimina esos anticuerpos; haciendo que el plasma convaleciente sea ineficaz en el tratamiento de otros pacientes con Covid-19".

Analizando los datos de otro informe publicado el 11 de agosto, también de la Sanidad pública escocesa, se observa que **los totalmente "vacunados" representan el 73% de las muertes recientes por Covid-19**, además, los datos muestran que **los completamente "vacunados" tienen más de 5 veces más** probabilidades **de morir si se infectan con Covid-19**. Se han producido 5522 muertes dentro de los 28 días de haber recibido la "vacuna" Covid-19 en Escocia, según datos de Salud Pública publicados en el informe del 23 de junio.

Entonces, la pregunta más importante es: ¿La "vacuna", realmente, produce una "mejora dependiente de anticuerpos" que hace que la infección sea más mortal?

Desafortunadamente, los datos que comienzan a salir ahora parecen decir que sí. **Las personas parecen tener una enfermedad más grave cuando se exponen al virus después de la "vacunación"**. Eso explicaría por qué hay un porcentaje tan alto de muertes entre la población vacunada después de la exposición.

Si las "vacunas" Covid-19 funcionan, como nos quieren vender, entonces, ¿**por qué ahora las muertes por Covid-19 son 44 veces más altas que en esta época el año pasado, y por qué el 75% de esas muertes son de personas que fueron "vacunadas"**? (22) (enlace alternativo)

"Nos cuentan que la "vacuna" Covid brinda un alto nivel de protección y que los nuevos casos o "variante Delta" se encuentran entre los no "vacunados". Esta es una mentira descarada que se contradice con informes oficiales de todo el mundo. Sabemos con absoluta certeza que el 75% de los que se denominan "casos nuevos", "casos de avance", "variante Delta" se encuentran entre los que están completamente vacunados. También tenemos en las bases de datos de reacciones adversas a las "vacunas" que las muertes y enfermedades asociadas con las "vacunas" están aumentando rápidamente. Varios expertos altamente creíbles dicen que la supuesta variante Delta son en realidad las enfermedades causadas por la "vacuna". Otro dato perturbador es que son los vacunados quienes son la amenaza para la salud pública, no los no "vacunados". **Los "vacunados" eliminan los patógenos de la "vacuna" al igual que los pacientes de Covid eliminan los patógenos del virus. Con la mitad de la población estadounidense ahora "vacunada", las personas "vacunadas" están transmitiendo la enfermedad de Covid a la población sana**. La evidencia es clara de que la "vacuna" Covid es un juego en el que todos pierden y ha hecho que decenas de millones de estadounidenses vacunados sean amenazas para todos, incluidos otros que están 'vacunados'"; Dr. Paul Craig Roberts (23).

Según el informe técnico sobre variantes preocupantes (actualización número 20), emitido por la Sanidad pública inglesa el 06 de agosto (24) que cubre datos sobre casos, hospitalizaciones y muertes debido a la variante Delta del 1 de febrero hasta el 2 de agosto de 2021; el riesgo relativo de muerte debido a Covid-19, si es menor de 50 años, está completamente "vacunado" y luego es hospitalizado con Covid-19, aumenta en un 177.5% (25) (26), por tanto, **los datos muestran que las inyecciones de Covid-19 están aumentando el riesgo de muerte por Covid-19 en personas menores de 50 años en una cantidad significativa. También revelan que hasta el 2 de agosto de 2021, el 65% de todas las supuestas muertes por Covid-19 desde febrero de 2021, han sido personas "vacunadas" contra la enfermedad**. **El informe también muestra que el riesgo de hospitalización y muerte es astronómicamente mayor si ha sido completamente "vacunado" y contrae el virus SARS-CoV-2**. **Las "vacunas" Covid-19 no previenen la infección ni la transmisión**.

Debido a las amenazas que se están haciendo ahora de administrar una inyección experimental antiCovid-19 a los niños en contra del consejo del Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización del Reino Unido de rechazar las "vacunas" contra

el Covid-19 para niños sanos de 12 a 15 años, y la confirmación de que los pasaportes de "vacunas" se introducirán en el Reino Unido a partir de octubre, probablemente no se conozca que al mismo tiempo, Public Health England (PHE), el Servicio de Salud Pública de Inglaterra, ha publicado un informe que revela que **el 70% de las muertes Covid desde febrero eran personas que habían sido "vacunadas"**. Se afirma que las "vacunas" reducen significativamente las posibilidades de sufrir una enfermedad grave si se infectan con Covid-19, por lo que, aunque la población "vacunada" en realidad supera el número de infecciones registradas entre la población no "vacunada", se supondría que se vería lo contrario en el número de personas que supuestamente han muerto a causa de la variante Delta. Desafortunadamente, los propios datos publicados por Public Health England nos muestran que el número de muertes supuestamente debidas a la variante Delta es mucho mayor entre los que han recibido dos dosis de la "vacuna" Covid-19. **El número total de muertes ocurridas en Inglaterra desde febrero de 2021, que involucran a la variante Delta del Covid-19, totalizan 1698. De estos, solo el 30% ha estado entre la población no "vacunada"**. La gran mayoría de las segundas dosis de las "vacunas: se administraron entre abril y junio. **Los completamente "vacunados" representan el 64.25% de las muertes por Covid-19 desde febrero de 2021, y cuando se incluyen los parcialmente "vacunados" en esos números, representan el 70%**. Sin embargo, es importante tener en cuenta que muchas de las muertes que ocurrieron en la población parcialmente "vacunada" pueden haber sido en realidad personas que habían recibido dos dosis de una inyección de Covid-19 debido al hecho de que el PHE no considera que hayan recibido dos dosis si no han pasado dos semanas desde que recibieron la segunda dosis.

Todo esto, fue confirmado recientemente en un documento publicado por el Grupo Asesor Científico para Emergencias (SAGE) (27), en el que dijeron que **la investigación ahora debería concentrarse en producir una vacuna que prevenga la transmisión y la infección debido a que las "vacunas" actuales no previenen la infección en la mayoría de los casos**. **Un porcentaje mucho mayor de personas están siendo hospitalizadas después de infectarse con Covid-19 una vez que están completamente "vacunadas", en comparación con aquellas que no han recibido una sola dosis de la "vacuna" Covid-19**. **Las "vacunas" Covid-19, supuestamente, están destinadas a reducir el riesgo de hospitalización hasta en un 95%; no obstante, los datos del informe, nos muestran que en realidad aumentan el riesgo de hospitalización en un 48%**. **Además, esas mal llamadas "vacunas" se supone que reducen en un 95% el riesgo de muerte por la enfermedad, sin embargo, los datos del informe, muestran una realidad muy diferente; cuando se exponen al virus, aumentan el riesgo de muerte en un 431.25%. La evidencia muestra que las vacunas Covid-19 o no funcionan o están empeorando a los receptores, posiblemente debido a la mejora dependiente de anticuerpos sobre la que se lleva tiempo advirtiendo al mundo**.

Según el informe del PHS publicado el 25 de agosto, el 0.026% de los casos confirmados en la población no "vacunada" han resultado en hospitalización,

mientras que el 0.046% de los casos confirmados entre los "vacunados" por completo han resultado en hospitalización. Por lo tanto, esto sugiere que **las inyecciones de Covid-19 en realidad aumentan el riesgo de hospitalización en un 77%, en lugar de disminuir el riesgo en un 95% como afirman las autoridades y los fabricantes de "vacunas"**; el aumento en el riesgo de muerte es aún peor entre los "vacunado". El 73.6% de las muertes por Covid-19 durante esta ola de verano, es de personas "vacunadas", mientras que los no "vacunados" representan solo el 26.3% de las supuestas muertes por Covid-19. Las inyecciones de Covid-19 en realidad **aumentan el riesgo de muerte en un 400%, en lugar de disminuir el riesgo en un 95%, como afirman las autoridades y los fabricantes de "vacunas"**.

La tasa de mortalidad por hospitalización por Covid-19 entre los menores de 50 años totalmente "vacunados" es un 175% más alta que la tasa entre los menores de 50 años no "vacunados" según los datos de PHE. El 60% de las personas mayores de 50 años que mueren por la supuesta enfermedad, están "vacunados". Se han publicado más pruebas que demuestran que el programa de "vacunación" Covid-19 es un gran fracaso. Durante todo el mes de agosto el 80% de las personas que supuestamente murieron de Covid-19 habían sido "vacunadas" contra la enfermedad. Si analizamos el último Informe estadístico Covid-19 publicado por Public Health Scotland (PHS) el 8 de septiembre de 2021, proporciona una serie de datos sobre pruebas, cuarentena, "vacunas", casos, hospitalizaciones y muertes, pero no se vuelve muy interesante hasta que leemos la Tabla 15, que cubre el número de casos positivos de Covid-19 por semana y el estado de "vacunación":

Interesante porque muestra que la mayoría de los casos confirmados se encuentran ahora entre la población "vacunada". En la semana del 28 de agosto al 3 de septiembre de 2021, el informe muestra que hubo 20 744 casos confirmados entre la población no "vacunada", que es más probable que se realicen la prueba por la simple razón de que no se han "vacunado". También muestra que hubo 5508 casos confirmados entre la población parcialmente "vacunada" y 16 810 casos entre la población completamente "vacunada", dos poblaciones que tienen menos probabilidades de hacerse la prueba debido a que están "vacunadas". Esto significa que entre el 28 de agosto y el 3 de septiembre hubo 22 318 casos entre la población "vacunada", casi 2000 más que la población no "vacunada". Lo mismo puede decirse también de la semana del 21 de agosto al 27 de agosto, en la que se registraron 15 647 casos entre la población no "vacunada" y 22 234 casos entre la población "vacunada", y lo mismo también puede decirse de las dos semanas anteriores.

Ahora que hemos aclarado que **las inyecciones experimentales de Covid-19 claramente no previenen la infección o la propagación de Covid-19**, averigüemos si previenen las hospitalizaciones como afirman las autoridades:

Según la tabla 16 del informe, entre el 28 de agosto de 2021 y el 3 de septiembre de 2021 hubo 36 ingresos hospitalarios relacionados con Covid-19 entre la población mayor de 60 años no "vacunada", mientras que hubo 7 ingresos en la población parcialmente "vacunada". Hubo una gran cantidad de admisiones, 299

para ser exactos, entre la población de más de 60 años completamente "vacunada" y se puede observar el mismo patrón en las semanas anteriores hasta el 7 de agosto de 2021. En total, durante la semana del 28 de agosto al 3 de septiembre de 2021 hubo 271 hospitalizaciones entre toda la población no "vacunada", pero 423 hospitalizaciones entre la población totalmente "vacunada". Si usamos estas hospitalizaciones ocurridas después de los casos confirmados de las semanas anteriores, podemos calcular la tasa de casos de hospitalización.

En la semana que comenzó el 21 de agosto hubo 15 047 casos confirmados entre la población no "vacunada". Por lo tanto, sobre la base de las cifras de hospitalización sin "vacunar", 271 en la semana que comenzó el 28 de agosto, la tasa de hospitalización de casos es del 1.7%. Sin embargo, cuando realizamos el mismo cálculo para la población totalmente "vacunada" hospitalizaciones (423) y casos (14 519) podemos ver que la tasa de casos-hospitalización es del 2.9%.

Por lo tanto, esto muestra que **las inyecciones antiCovid-19 están aumentando el riesgo de hospitalización cuando se exponen a Covid-19 en un 70% en lugar de reducir el riesgo en el 95% que afirman los fabricantes de "vacunas" y las autoridades**.

Ahora que hemos aclarado que **las inyecciones de Covid-19 aumentan el riesgo de hospitalización en lugar de reducirlo**, averigüemos si previenen muertes como afirman las autoridades:

La Tabla 17 del informe de Salud Pública de Escocia muestra el número de muertes que se han producido debido al estado de "vacunación". Sin embargo, PHS ha sido muy inteligente en la forma en que ha presentado el número de muertes. Porque en lugar de presentarlos semana a semana como lo han hecho con el número de casos y hospitalizaciones, han incluido las muertes desde el 29 de diciembre. Esto significa que están incluyendo muertes por el apogeo de la supuesta segunda ola de Covid-19, donde solo el 9% de la población había recibido una dosis única y solo el 0.1% de toda la población estaba completamente "vacunada". Por lo tanto, pueden dar la impresión de que la mayoría de las muertes por Covid-19 ocurren entre la población no "vacunada".

En la semana que comenzó el 7 de agosto hubo 3788 casos confirmados entre la población totalmente "vacunada". Por lo tanto, según las cifras de muertes no "vacunadas" de 6 en la semana que comienza el 19 de agosto, la tasa de letalidad es del 0.15%. Sin embargo, cuando realizamos el mismo cálculo para la población totalmente "vacunada" hospitalizaciones (34) y casos (3490) podemos ver que la tasa de casos-hospitalización es del 1%. Por lo tanto, esto muestra que **las inyecciones de Covid-19 están aumentando el riesgo de muerte cuando se exponen a Covid-19 en un enorme 566% en lugar de reducir el riesgo en el 95% que afirman los fabricantes de "vacunas" y las autoridades**.

Lo que es aún más preocupante de esto es que el número de casos confirmados entre la población completamente "vacunada" ha aumentado significativamente en la semana más reciente en comparación con las cuatro semanas anteriores. Por lo tanto, la cantidad de hospitalizaciones y muertes que podrían ocurrir en las

próximas semanas posiblemente sea suficiente para que las autoridades justifiquen otro cierre. **Los datos muestran claramente que los pinchazos no previenen la infección o la transmisión, y muestran claramente que están aumentando el riesgo de hospitalización y muerte en lugar de reducir el riesgo**.

El informe de PHE publicado el 23 de septiembre, revela que **los "vacunados" representan el 56% de los casos de Covid-19, el 61% de las hospitalizaciones y el 77% de las muertes, lo que es 11 veces mayor que en esta época del año pasado, cuando no había "vacuna" contra la Covid-19**.

Según datos de la sanidad pública inglesa, en agosto de 2021 el 80% de las muertes producidas por Covid, fue de personas "vacunadas" y en septiembre, fue del 81%-82%. Las últimas cifras publicadas por la nueva Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido sobre hospitalizaciones y muertes por Covid-19 muestran que las inyecciones antiCovid-19 no estan funcionando. El 'informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 41' fue publicado por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (antes Public Health England) el jueves 14 de octubre de 2021 y muestra que la gran mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre se encontraban entre la población completamente "vacunada".

La tabla 3 del informe muestra que el número de personas que acudieron a urgencias con Covid-19, que resultó en un ingreso hospitalario y que no estaban vacunados, fue de 2250, mientras que otras 224 fueron parcialmente vacunadas y 3034 fueron completamente "vacunadas". Es decir, entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre, el **60% de los hospitalizados con Covid-19 fueron "vacunados"** mientras que el 40% no lo fueron.

La tabla 4 del informe muestra que la cantidad de personas que murieron dentro de los 28 días posteriores a un resultado positivo de la prueba de Covid-19 que no fueron "vacunadas" fue de solo 557, mientras que otras 92 fueron "vacunadas" parcialmente y un impactante 2136 fueron completamente "vacunadas".

Es decir, entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre, el **80%** de los que murieron con Covid-19 fueron "vacunados", mientras que solo el 20% no lo fueron.

Muchos argumentarán que esto se debe a que la mayoría de la población adulta ahora está completamente "vacunada"; sin embargo, estas mismas personas olvidarán que se supone que las inyecciones de Covid-19 reducen el riesgo de hospitalización y muerte.

Es por eso que es tan preocupante ver que **las muertes por Covid-19** entre el 13 de septiembre y el 10 de octubre de 2021 **fueron aproximadamente 30 veces más altas que en el mismo período en 2020 cuando no había "vacunas" supuestamente efectivas al 95%**.

El Informe estadístico de Covid-19 del PHS, concretamente, la actualización publicada el 20 de octubre, confirma que las cosas están empeorando para la población completamente "vacunada" cada semana, mientras que las cosas mejoran para los no "vacunados". Los últimos datos oficiales del PHS muestran que los completamente "vacunados" representaron el 83% de las muertes por Covid-19 en las últimas cuatro semanas, mientras que también representan **el 72% de las hospitalizaciones por Covid-19 y el 56% de los supuestos casos de Covid-19 desde el 18 de septiembre hasta al 15 de octubre**.

Los datos oficiales de Salud Pública muestran que **las personas completamente "vacunadas" representaron el 85% de las muertes por Covid-19 en las últimas cuatro semanas, mientras que también representan el 75% de las hospitalizaciones por Covid-19 y el 61% de los supuestos casos de Covid-19 desde el 25 de septiembre hasta el al 22 de octubre**.

El 'Informe de vigilancia de la "vacuna" Covid-19 - Semana 44' fue publicado por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (antes Public Health England) el jueves 4 de noviembre de 2021 y muestra que la gran mayoría de los casos de Covid-19 entre el 4 y el 31 de octubre se encontraban entre la población completamente "vacunada". **Los totalmente "vacunados" representaron el 83% de las muertes por Covid-19, el 68% de las hospitalizaciones y el 55% de los casos en Inglaterra entre esas fechas**.

Los propios datos del gobierno del Reino Unido no respaldan las afirmaciones realizadas sobre la seguridad y eficacia de la "vacuna" Covid-19. La siguiente es una comparación de las tasas de mortalidad por todas las causas ajustadas por edad en Inglaterra entre los "vacunados" y no "vacunados". Por el profesor Norman Fenton y el profesor Martin Neil:

La medida más confiable a largo plazo de la efectividad/seguridad de la "vacuna" Covid-19 es la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad. Si, durante un período razonablemente prolongado, mueren menos personas vacunadas, por cualquier causa, incluido el Covid-19, que personas no "vacunadas", entonces podríamos concluir que los beneficios de la "vacuna" superan los riesgos.

Para evitar el efecto de confusión de la edad, es fundamental que los datos para cada categoría de edad estén disponibles, en lugar de los datos agregados porque, claramente, los datos agregados podrían exagerar las tasas de mortalidad por "vacuna" si se incluyen más personas mayores, con una mortalidad esperada más corta.

El despliegue de la "vacuna" en el Reino Unido se ejecutó en orden descendente de edad, de mayor a menor, excepto al principio del programa de "vacunación", cuando los jóvenes vulnerables fueron "vacunados" junto con los muy ancianos. A medida que avanzaba el programa, los "vacunados" eran, en promedio, mayores que los que permanecían sin "vacunar" y, a medida que avanzaba el despliegue, una proporción progresivamente mayor de la población residual no "vacunada" era más joven.

El último informe de la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS) sobre las tasas de mortalidad por estado de "vacunación" de Covid proporciona datos sobre todas las muertes, relacionadas con Covid-19 y no relacionadas con Covid-19 para el período de enero a julio de 2021 para los no "vacunados" y las diferentes categorías de "vacunados" ('dentro de 21 días de la primera dosis', '21 días o más después de la primera dosis', 'segunda dosis').

Los datos de la ONS para la mortalidad por Covid-19 se proporcionan en la Tabla 4 de la hoja de cálculo de la ONS y los datos de la ONS para la mortalidad por todas las causas, excluida la Covid-19, se dan en la Tabla 5 de la misma hoja de cálculo.

Creen que existen graves debilidades y posibles errores en los datos de ONS. Pero lo que es más importante, si bien no proporciona los datos sin procesar por categorías de edad, sí proporciona tasas de mortalidad "estandarizadas por edad" (ver el vídeo explicativo).

La ONS ha calculado la tasa de mortalidad general de una manera que (creen) se ajusta al efecto de confusión de la edad, y esto está "integrado" en las tasas de mortalidad que han publicado.

Sin embargo, aunque informan esta tasa de mortalidad ajustada por edad para cada una de las tres categorías separadas de personas "vacunadas", no la informan para el conjunto combinado de personas "vacunadas".

En su análisis, y en ausencia de los datos estratificados por edad reales, calculamos una tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad ponderada por la población utilizando los tamaños de población publicados por la ONS para cada una de las tres categorías de "vacunados".

Esto no es ideal porque las tasas ajustadas por edad de la ONS son muy opacas y no son 'números absolutos'. Sin embargo, en ausencia de datos detallados, esto debería proporcionar una estimación razonable de cuál sería la tasa de mortalidad por todas las causas ajustada por edad de la ONS para todos los no vacunados si se hubieran molestado en informar.

A esto lo llamaremos "tasa ponderada de mortalidad de los vacunados". La tabla de datos derivada de los datos de ONS y utilizada para calcular esta tasa se proporciona un poco más adelante.

Resulta que, incluso utilizando esta tasa de mortalidad ajustada por edad, la tasa de mortalidad es actualmente más alta entre los "vacunados" que entre los no "vacunados".

Posibles limitaciones y errores en los datos de ONS:

- No proporciona los datos sin procesar categorizados por edad.

- La puntuación estandarizada por edad utilizada por la ONS se basa en los datos del censo de 2011 para determinar las proporciones de población en cada categoría de edad. Estas proporciones han cambiado desde 2011 y, como señalamos en este artículo, estas diferencias pueden cambiar significativamente los resultados.

- Existen inconsistencias en las cifras de "vacunación" entre los datos de la ONS y los datos del Servicio Nacional de Gestión de Inmunizaciones (NIMS). Por ejemplo, en la semana 26, el NIMS tiene 28.1 millones de personas mayores de 18 años que han tenido segundas hembras, pero la ONS solo tiene 23.3 millones.

- La población total de la ONS es 16.6 millones menos que la población total. Solo 12.6 millones son menores de 18 años, por lo que los 4 millones restantes se omiten por alguna otra razón.

- Las tasas de los no "vacunados" el 8 de enero son más bajas que las del doble "vacunado" en verano. Además, el 8 de enero solo se había vacunado el 12% de los mayores de 65 años, por lo que la población no vacunada debería haber tenido una tasa de mortalidad muy similar a los niveles de referencia.

- Las tasas de mortalidad semanales ajustadas por edad que aumentan enormemente (para las muertes no relacionadas con Covid) para los 38 millones de población no "vacunada" en enero son totalmente inconsistentes con los cambios semanales en años anteriores. Aunque esta población excluye a los menores de 18 años y a los 1.2 millones (principalmente mayores de 65) que para entonces habían recibido su primera dosis, no esperaríamos que la tasa de mortalidad de esta población fuera drásticamente diferente a la tasa de mortalidad de Inglaterra vista en los últimos años como informó en un informe ONS diferente.

- En última instancia, debemos excluir las muertes no naturales, como asesinatos, accidentes y suicidios, ya que pueden introducir sesgos entre las cohortes, especialmente en las categorías de jóvenes, donde las cifras generales de muertes son pequeñas.

Debido a las limitaciones y posibles errores en los datos de ONS, hay muchas advertencias que deben aplicarse a nuestro análisis crudo. Pero podemos concluir que **los propios datos de la ONS no respaldan las afirmaciones hechas sobre la efectividad/seguridad de la "vacuna**".

También es importante señalar que la población de personas "vacunadas" se está volviendo lo suficientemente grande y representativa como para que la criticidad del ajuste por edad disminuya mucho.

Aquí están los datos de la Tabla 4, los datos sin procesar, para las muertes por Covid-19, según lo proporcionado por la ONS. A continuación, se muestran los datos sin procesar de la Tabla 5, para muertes por todas las causas, excepto por Covid-19, según lo proporcionado por la ONS. Finalmente, aquí están los datos

que usaron para calcular las tasas de mortalidad ajustadas por edad combinadas por todas las causas y la tasa de mortalidad ponderada de los "vacunados" (ver el análisis completo aquí).

30 305 personas murieron dentro de los 21 días posteriores a la aplicación de la "vacuna" Covid-19 en Inglaterra durante los primeros 6 meses de 2021 según los datos de ONS.

Debemos combinar lo anterior con el hecho de que ya hemos pasado el verano en verano, que es cuando las enfermedades respiratorias se mantienen a raya, así ha sido a lo largo de la historia de la humanidad (incluso la Covid-19 en 2020 no fue una anomalía a pesar de que no había una inyección antiCovid-19 disponible); es imposible concluir cualquier otra cosa que no sea que las inyecciones antiCovid-19 claramente no funcionan (es muy posible que hagan que empeore el receptor si está expuesto a Covid-19). ¿Estamos viendo los primeros signos de enfermedad potenciada por "vacunas"? Ciertamente lo parece y, por lo tanto, podría ser un invierno extremadamente duro para aquellos que hayan recibido una de los sueros experimentales.

Si echamos un vistazo al informe estadístico Covid-19 del PHS (Public Health Scotland) publicado el 29 de septiembre. La Tabla 18 del informe muestra que la gran mayoría de las muertes por Covid-19 entre el 21 de agosto y el 17 de septiembre de 2021 estuvieron entre la población completamente vacunada con 233 muertes registradas, lo que representa el 77% de todas las muertes por Covid-19. Si sumanos las 10 muertes que ocurrieron entre los parcialmente "vacunados", eso significa que **la población "vacunada" representó el 81% de las muertes por Covid-19 en Escocia entre el 21 de agosto y el 17 de septiembre**.

De igual manera, si analizamos la tabla 4 del informe publicado por UKHSA observamos que hubo 687 muertes entre los no "vacunados", 110 muertes entre los parcialmente "vacunados", pero unas alarmantes 2338 muertes entre los completamente "vacunados" entre el 30 de agosto y el 26 de septiembre de 2021. **Esto significa que los no "vacunados" representan solo el 22% de las muertes por Covid-19 durante septiembre de 2021, mientras que los "vacunados" representan un desastroso 78%**.

La edición de 2020 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales', que se puede descargar aquí y acceder al sitio web de ONS aquí, muestra que entre la semana que finaliza el 8 de mayo de 2020 y la semana que finaliza el 18 de septiembre de 2020, un total de 219 muertes ocurrió entre 15 y 19 años de edad. De estas 142 muertes se produjeron entre chicos adolescentes, mientras que 77 muertes se produjeron entre chicas adolescentes.

Mientras que las ediciones de 2021 de 'Muertes registradas semanalmente en Inglaterra y Gales, que se pueden descargar aquí, y al que se puede acceder en el sitio web de ONS aquí, muestran que entre la semana que termina el 7 de mayo de 2021 y la semana que termina el 17 de septiembre de 2021, un total de 320 muertes ocurrió entre 15 y 19 años de edad. De estas 231 muertes se

produjeron entre varones adolescentes, mientras que 89 muertes se produjeron entre chicas adolescentes.

Esto nos muestra que el número de muertes entre el 7 de mayo de 2021 y el 17 de septiembre de 2021 entre adolescentes de 15 y más años fue un 46% mayor que el número de muertes en este grupo de edad durante el mismo período de 2020, y el aumento de las muertes comenzó precisamente al mismo tiempo que los adolescentes comenzaron a recibir la "vacuna" Covid-19.

El 81% de las muertes por Covid-19 se encuentran entre los "vacunados", las muertes por Covid-19 son más de doce veces más altas que en esta época el año pasado, y las muertes entre los adolescentes varones han aumentado en un 63% desde que comenzaron a recibir la "vacuna" Covid-19, sin embargo, el Reino Unido sigue tan normal como si nada de esto estuviera sucediendo realmente.

El regulador de medicamentos del Reino Unido confirma que el número de muertes debidas a las "vacunas" Covid-19 en 10 meses es un 330% más alto que el número de muertes debidas a todas las demás vacunas combinadas en los últimos 20 años. Ha respondido a una solicitud de Libertad de Información que exige saber cuántas muertes han ocurrido en los últimos 20 años debido a todas las vacunas, y su respuesta ha revelado que ha habido más de cuatro veces más muertes en solo diez meses debido a las inyecciones de Covid-19.

Las cifras publicadas de la semana que finalizó el 21 de octubre incluían un gráfico que mostraba que para **todas las personas mayores de 30 años y que recibieron doble pinchazo, la tasa de infección fue mucho mayor que para las personas del mismo rango de edad que no habían recibido ninguna "vacuna"**:

Después de que los datos del gobierno británico sobre la tasa de infección por Covid mostraran que la contracción del virus era significativamente mayor entre los que habían recibido la inyección que entre los que no, el gobierno ahora ha retirado esos gráficos de sus informes.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA), el organismo que reemplazó a la ahora desaparecida Public Health England, publica actualizaciones semanales "sobre la efectividad y el impacto en el mundo real de las 'vacunas' Covid-19", recopilando las cifras brutas de las infecciones Covid registradas en los de 18 años o más y categorizar las infecciones según el estado de "vacunación".

Las cifras publicadas para la semana que finalizó el 21 de octubre incluían un gráfico que mostraba que para todas las personas mayores de 30 años y que recibieron doble pinchazo, la tasa de infección fue mucho mayor que para las personas del mismo rango de edad que no habían recibido ninguna "vacuna".

Se puede ver en la figura anterior que **entre las personas de 40 a 79 años, la tasa de infección es más del doble en los "completamente vacunados" en comparación con sus contrapartes no "vacunados", y la eficacia de la "vacuna" se reduce a un mínimo histórico de -131% en la cohorte 40-49 y sugiere que los pinchazos pueden paralizar la respuesta inmune natural**.

La UKHSA define la eficacia de la "vacuna" como "estimada comparando las tasas de enfermedad en personas 'vacunadas' con las tasas en personas no 'vacunadas'".

Tras una protesta de los principales medios de comunicación en Gran Bretaña, en la que periodistas y científicos criticaron a la UKHSA por "proporcionar material para los teóricos de la conspiración en todo el mundo" y la Oficina de Regulación de Estadísticas (el organismo de control de las estadísticas del Reino Unido) calificó los informes como "potencialmente engañosos, "La UKHSA retrocedió y desde entonces ha modificado su informe para prescindir de los gráficos que detallan una disminución en la eficacia de la "vacuna".

La agencia ahora informa las cifras de infección en forma tabulada sin registrar la tasa de efectividad de los pinchazos, lo que deja que los lectores calculen ellos mismos la tasa de efectividad de la "vacuna".

Los datos oficiales de Salud Pública, muestran que **los completamente "vacunados" representaron el 89% de las muertes por Covid-19 en las últimas cuatro semanas, mientras que también representan el 77% de las hospitalizaciones por Covid-19 y el 65% de los supuestos casos de Covid-19 desde el 9 de octubre hasta el al 5 de noviembre**. El Informe estadístico de Covid-19 es un informe semanal sobre los datos de Covid-19 publicado por Public Health Scotland, y la última actualización publicada el 10 de noviembre confirma que las cosas están empeorando para la población completamente "vacunada" por mes, mientras que las cosas mejoran para los no "vacunados".

La Tabla 18 del informe confirma que la mayoría de los casos de Covid-19 estaban entre la población completamente "vacunada" en la semana que comenzó el 30 de octubre de 2021, lo que representa 10 693 casos. Mientras que la población no "vacunada" registró 6854 casos.

La población "vacunada" representó el 65% de los casos de Covid-19 entre el 9 de octubre y el 5 de noviembre, mientras que la población no "vacunada" representó el 36%.

Sin embargo, la diferencia entre los "vacunados" y los no "vacunados" empeora mucho cuando se trata de hospitalizaciones, y los completamente "vacunados" ahora representan la mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 desde al menos julio de 2021.

La Tabla 19 del informe confirma que la mayoría de las hospitalizaciones por Covid-19 estuvieron entre la población completamente "vacunada" en la semana que comenzó el 29 de octubre de 2021, lo que representa 356 hospitalizaciones. Mientras que la población no vacunada representó 142 hospitalizaciones.

La población "vacunada" representó el 77% de las hospitalizaciones por Covid-19 entre el 9 de octubre y el 5 de noviembre de 2021, mientras que la población no "vacunada" representó solo el 23%.

Una vez más, la diferencia entre los "vacunados" y los no "vacunados: empeora mucho cuando se trata de muertes presuntamente relacionadas con Covid-19.

La Tabla 20 del informe confirma que la mayoría de las muertes por Covid-19 se produjeron entre la población completamente "vacunada" en la semana que comenzó el 23 de octubre de 2021, lo que representa 108 muertes. Mientras que la población no "vacunada" representó solo 14 muertes por Covid-19, casi 8 veces menos.

La población "vacunada" representó el 89% de las muertes por Covid-19 entre el 2 de octubre y el 29 de octubre de 2021, mientras que la población no "vacunada" representó solo el 11%.

En el caso de Israel, muchos de los contagios actuales, también se están dando entre "vacunados" (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41); hasta tal punto, que actualmente casi la totalidad de los nuevos contagios, se producen en "vacunados" (42) (43) (44). El propio Ministro de Salud israelí, ha reconocido la baja efectividad de las "vacunas" y ha afirmado que concretamente la de Pfizer, no sirve para evitar la transmisión del virus (45); también el propio Fauci (46) reconoce la baja efectividad, fomentando así, nuevos futuros pinchazos. En un reciente estudio sobre la vacuna Pfizer en Israel, se han encontrado unos resultados, bastantes esclarecedores; después de 6 meses y dos pinchazos, la supuesta efectividad de la "vacuna" es del 16% (47). Los últimos datos publicados referentes a nuevos contagios, son bastantes claros (48), **en todos los grupos de edad entre 20 y 89 años, el porcentaje de nuevos contagios entre personas "vacunadas", oscila entre 79 y 91%** (49). Se considera que Israel tiene una de las tasas de vacunación más altas del mundo, con 5,3 millones de sus ciudadanos que han sido inoculados con dos dosis. Hace semanas los titulares declararon que se había alcanzado la "inmunidad colectiva'', no obstante, poco después, los titulares dieron paso a informes alarmantes de rápido aumento de casos y ahora, incluso, nos cuentan que parece que la tan promocionada "vacuna" de refuerzo de Covid podría estar fallando en la protección: "Los datos del Ministerio de Salud Interno muestran que **14 israelíes han sido infectados con Covid-19 una semana después de recibir una 'vacuna' de refuerzo y algunos están hospitalizados**", informaba el canal 12 (50), lo cual, también vemos en España, todos los ancianos de una residencia en Mallorca, se han contagiado y todos tenían ya la dosis de refuerzo. En un informe realizado por científicos (Farmacéuticos, Doctores y Doctores en Ciencias) del colectivo Reinfocovid, se encontró que en Israel **el 90% de los casos nuevos que se producen en mayores de 50 años, son personas que están**

completamente "vacunadas". El 60% de los casos graves también están "vacunados". Las personas "vacunadas" tienen casi 7 veces más probabilidades de infectarse con SARS-CoV-2 que las personas inmunizadas por una infección natural con una tasa de reinfección del 0.0086% para los no vacunados frente al 0.0578% para los vacunados. De los 143 pacientes con Covid hospitalizados la semana del 21 de julio, el 58% estaban "vacunados", el 39% no y el 3% estaban parcialmente "vacunados".

El director de Salud pública de Israel, confirma que el 50% de los nuevos casos de Covid, son de personas con la pauta completa (51). **El Ministerio de Salud de Israel informó** el miércoles 11 de agosto que 694 personas estaban siendo tratadas en hospitales debido a Covid-19, incluidos 400 pacientes en estado grave. **Entre las personas en estado grave, el 64% estaba completamente "vacunado". Esto significa que había el doble de personas completamente "vacunadas" en estado grave debido a la enfermedad en comparación con las que no están "vacunadas"** (52).

En una entrevista (53) (54) realizada en el Canal 13 de Israel, el **doctor Kobi Haviv, director del Hospital Herzog de Jerusalén**, mostró una dosis de la cruda realidad que hay ahora mismo en ese país:

- "**El 95% de los pacientes graves están 'vacunados'**".
- "**El 85-90% de las hospitalizaciones son en personas totalmente 'vacunadas'**".
- "Estamos abriendo más y más salas Covid".
- "La eficacia de la 'vacuna' está disminuyendo, prácticamente desapareciendo".

Como resumió el Times of Israel, los estudios demostraron que **la inmunidad natural proporcionaba a los israelíes una "defensa del Delta más duradera que las 'vacunas'". "La variante tenía 27 veces más probabilidades de romper la protección de Pfizer entre enero y febrero y causar síntomas que de penetrar la inmunidad natural del mismo período**", informó el periódico.

A pesar de la alta tasa de "vacunación", Israel acaba de imponer nuevas restricciones a su población, y el organismo responsable de generar sus políticas Covid, acaba de admitir que un cierre en septiembre ya no es una posibilidad remota. Desde el 20 de agosto, el país ha reactivado su sistema de pase verde completo, las mascarillas son obligatorias en todas las reuniones interiores y exteriores e incluso se exige que los padres completamente "vacunados" y responsables del cuidado de un niño en cuarentena también se aíslen (para niños menores de 12 años) (55). A pesar de la "vacunación", la nación todavía sufre el peor promedio per cápita del mundo de casos de Covid en 7 días. Israel está en camino de superar los 11 000 casos de Covid diarios, una tasa de infección que es magnitudes más alta que un año antes, cuando todos en el país no estaban

"vacunados". Los 'expertos' predican ya la cuarta dosis porque las tres anteriores han fracasado (coaccionan a los ciudadanos diciendo que si quieren mantener el pase verde, deberán actualizarse y estar al día con todas las dosis que recomienda el Gobierno), aún cuando el panel de la FDA, abrumadoramente, ha rechazado la inyección de refuerzo de Pfizer para personas sanas de 16 años o más. El comité de 18 miembros votó 16 a 2 EN CONTRA de aprobar las "vacunas" de refuerzo, aunque más tarde dieron su respaldo al aprobarlas para personas de 65 años o más.

Steve Kirsch, Director Ejecutivo del Fondo de Tratamiento Temprano Covid-19, dio su testimonio: "**Las personas tienen 71 veces más riesgo de sufrir un ataque cardíaco después de las "vacunas" Covid-19 que cualquier otra vacuna**. El análisis experto de los datos existentes, incluidos los ensayos de Pfizer de 6 meses y los datos de VAERS, demuestra que los sueros matan a más personas de las que supuestamente salvan".

La presentación se puede ver, descargar e imprimir aquí. **Kirsch ofrece un millón de dólares a cualquiera que pueda refutar su tesis de que ahora hay más de 100 000 muertes de estadounidenses causadas por las "vacunas" Covid en una discusión moderada con un moderador neutral y una plataforma**.

Resumen de su presentación:

- Los CDC, la FDA y los NIH están difundiendo información errónea sobre la "vacuna" contra el tratamiento temprano: el tratamiento temprano está siendo saboteado deliberadamente.
- Los datos son claros: todos los "expertos" están equivocados sobre la seguridad de las "vacunas".
- Nuestras libertades médicas están siendo despojadas.
- Nadie prominente desafiará mis conclusiones con un mejor análisis, incluso con grandes incentivos $.
- Debates → Censura e intimidación impulsadas por el gobierno.
- Los CDC y la FDA no participarán ni investigarán el fraude.
- Las recomendaciones médicas ahora están siendo impulsadas por la Casa Blanca.
- Las "vacunas" no ofrecen un beneficio de morbilidad o mortalidad por todas las causas.
- Geert Vanden Bossche tenía razón: "vacunar" en mitad de una pandemia → desastre.

Su segunda diapositiva destaca el hecho de que **de cada 28 millones de niños que son pinchados por la gripe china, 14 como máximo se "salvan" del "virus"**. Tenga en cuenta que este es el mejor de los casos y que el número real de vidas salvadas después de 28 millones de inyecciones es casi seguro que cero.

Mientras tanto, **al menos 1400 niños morirán a causa de estas inyecciones**, y nuevamente, esto está en el extremo conservador del espectro. Kirsch sospecha que la cifra real es mucho, mucho mayor, ya que el VAERS (Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas) solo captura alrededor del 1%, como máximo, de todas las lesiones y muertes relacionadas con las "vacunas".

La Dra. Jessica Rose, PhD, MSc, BSc, también ha realizado estudios exhaustivos sobre los datos del VAERS y también hizo una presentación en la que mostró que **hemos tenido un aumento del 1000% en los eventos adversos después de las "vacunas" Covid, en comparación con todas las vacunas en años anteriores**. El Dr. Joseph Fraiman, un médico de la sala de emergencias de Nueva Orleans que realizó sus estudios en la Escuela de Medicina de Cornell, afirmó que aún **no hay ensayos lo suficientemente grandes como para demostrar que las "vacunas" Covid-19 reducen la hospitalización sin causar daños graves**. Lamentó el hecho de que los "vacilantes de la vacuna" que ingresaban a su sala de emergencias estaban más informados sobre los riesgos de la "vacuna" Covid-19 que los "vacunados". Señaló que un estudio reciente mostró que el riesgo de miocarditis (enfermedad cardíaca) inducida por la "vacuna" en los hombres jóvenes es mayor que el riesgo de hospitalización por Covid. La FDA permitió sus comentarios, lo cual, es muy significativo ya que ahora están en el registro público.

Si comparamos un país "supervacunado"como Israel (62% con la pauta completa) con otro muy cercano apenas "vacunado" como es Palestina (8.2% de la población está completamente "vacunada"); Israel sufre un alto número de casos, Palestina, ha experimentado una caída constante. Desde el 02 de septiembre, dos países como son: Portugal y Suecia, prohíben la entrada de viajeros procedentes de Israel.

En Singapur, tenemos otro ejemplo de la poca efectividad de los sueros experimentales, aún teniendo al 80% de su población inoculada, el 27 de septiembre, han puesto en marcha de nuevo las restricciones y reconocen que es para evitar la sobrecarga de trabajo del sistema sanitario. Curiosamente, ese es el objetivo anunciado de la "vacunación", por tanto, es muy obvio que las "vacunas" no cumplen con el objetivo previsto; no evitan las hospitalizaciones y los síntomas más graves de la supuesta enfermedad.

Suecia es un país que ha desaparecido del centro de atención de los medios de comunicación, pero ¿por qué nadie habla de Suecia en estos días, en especial desde que los medios de comunicación se convencieron de que sus políticas "renegadas" de no utilizar cubrebocas ni realizar confinamientos estaban destinadas a ser un verdadero fracaso?

Lo que sucedió es que en lugar de liderar el mundo en muertes per cápita, Suecia hoy ocupa el puesto 40, detrás de docenas de países que instituyeron estrictos mandatos de cubrebocas y confinamientos. "A medida que otros países vieron cómo sus tasas de mortalidad acumulada aumentaban, Suecia disminuyó la clasificación debido a sus métodos consistentes y sostenibles".

La baja tasa de mortalidad de Japón sorprende a los "expertos" porque el gobierno de Tokio no adoptó prácticamente ninguna medida de restricción sanitaria, excepto el cierre de fronteras, que no explica nada porque, a pesar de tener a China muy cerca, los pocos casos reconocidos han tenido un origen interno.

Este verano pasado el país celebró los Juegos Olímpicos sin que se apreciara ningún cambio en el patrón de contagios, enfermedades o muertes. Los hospitales no se colapsaron, ni con los autóctonos ni con los foráneos.

También celebraron fiestas multitudinarias en la calle, como en marzo la de los cerezos en flor, que congrega a miles de personas en las calles.

El crucero Diamond Princess, del que ya nadie se acuerda, estaba atracado en el puerto de Yokohama al comienzo de la pandemia, es decir, que Japón tenía todos los ingredientes para haber padecido una pandemia de vastas proporciones, si la teoría fuera correcta.

Japón no ha conocido el confinamiento domiciliario y este año cerró durante 112 días los negocios. Por lo tanto, si la teoría del contagio fuera correcta, el año pasado las cifras de la pandemia se hubieran disparado. No fue así.

Japón tiene una de las poblaciones más envejecidas del mundo, sin que la pandemia haya tenido ningún efecto visible entre los ancianos.

La concentración de la población y el hacinamiento en grandes ciudades también es muy elevada en Japón. Los japoneses tienen un elevado índice de consumo de tabaco, lo que no ha redundado en una enfermedad caracterizada como respiratoria.

La campaña de "vacunación" no era necesaria en absoluto.

Las explicaciones de los expertos de pacotilla son un chiste. Se han olvidado de que cuando los hechos no confirman una hipótesis, hay que descartarla y cambiarla por otra.

Ya casi nadie se enferma en Florida ahora que el gobernador Ron DeSantis ha levantado todos los mandatos de la Covid-19 y ha devuelto el estado a la normalidad. El Orlando Sentinel informó que la cantidad de nuevos casos diarios del virus chino se ha desplomado a un mínimo de tres meses a medida que el estado se acerca a los niveles de enfermedad previos a la Covid.

Durante las últimas seis semanas, los nuevos casos de la gripe Fauci han caído en un 88%, y eso es sin mandatos de mascarillas, mandatos de "vacunas" o requisitos de distanciamiento social.

En la actualidad, Florida ocupa el puesto 48 entre los 50 estados en términos de casos de virus chino, lo que lo convierte en uno de los estados más saludables del país en este momento por mucho.

Los principales medios de comunicación no están seguros de cómo manejar esta caída masiva de casos, ya que no se ajusta a la narrativa de que las máscaras y las vacunas están salvando vidas. Por el contrario, estados como Vermont, que están casi en su totalidad "vacunados", están experimentando un gran aumento en las hospitalizaciones y muertes.

Las cosas se están moviendo en la dirección incorrecta para la retórica oficial, los datos reales muestran que los estados que cumplen con el discurso oficial, ven un aumento de casos y hospitalizaciones, mientras que en los estados que no siguen dicho discurso, como Florida y Texas que están completamente abiertos, muestran que los nuevos casos y las hospitalizaciones caen a cero.

Si la comparamos con Los Ángeles, que ha tenido solo 37 días en los que a las personas se les permitió estar sin cubrebocas en los 530 días desde que se declaró la pandemia, para la ciudad, su tasa de mortalidad por Covid se encuentra entre las 10 principales del mundo y la de Suecia no. Si la comparamos con Israel, que es un país casi completamente "vacunado": Suecia tiene un promedio de casi 90 casos por millón mientras que Israel tiene un promedio de 1218, un 1253% peor que Suecia. La comparación es aún más fuerte cuando se mira de esta manera: **entre el 10 de julio y el 7 de septiembre, Suecia reportó un total de 56 muertes, mientras que Israel reportó 56 solo el 8 de septiembre**.

Esa falta de efectividad (56) (57) se demuestra en cientos de publicaciones, también, a nivel mundial, que muestran contagios entre "vacunados" (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122). El siguiente vídeo (en el que se utilizan datos oficiales), al igual que se empleó en la demostración de la peligrosidad de las "vacunas", también podemos utilizarlo aquí como demostración de la poca efectividad de esos sueros experimentales (123) Lo que en él se representa para muchos países es: en línea roja continua, el número de muertes semanal antes de empezar la "vacunación"; en línea azul continua, el número de muertes semanal después de empezar la "vacunación" y, en línea roja discontinua, el número de muertes esperado si los sueros tuvieran realmente la efectividad que dicen los fabricantes.

En una escuela pública, ubicada en las afueras de la ciudad de Chicago, que enumera en su panel de control Covid al **79% de los estudiantes como completamente inoculados y al 88% de los maestros y personal como**

completetamente "vacunados"; tenían 17 casos confirmados de Covid-19 hasta el 9 de septiembre, con 14 casos provenientes de personas con la pauta completa. Estos casos se suman a las decenas de miles de historias sobre personas "vacunadas" que contraen Covid. Children's Health Defense ha planteado la posibilidad de que las personas que han recibido pinchazos puedan ser responsables del aumento de la infección. En Extremadura, el 85% de los fallecidos son "vacunados".

La Universidad de Duke cuenta con una tasa de **"vacunación" del 98% entre sus estudiantes y del 92% entre su personal**. A pesar de esto, **la universidad se enfrenta actualmente a un brote de Covid-19**. El estricto mandato de "vacunas" de la Universidad de Cornell ha hecho poco para controlar las infecciones en la escuela, indican los datos. Después de la primera semana de clases allí, del 27 de agosto al 2 de septiembre, la escuela fue declarada "zona amarilla" después de que su apertura "prueba de vigilancia" reveló una alta carga de casos. Durante la semana de apertura de la escuela, **el 95% de los que fueron evaluados habían recibido ambas inyecciones de Covid-19**. **A pesar de esta alta tasa, este año notaron cinco veces más casos que durante el mismo período el año pasado**, antes de la implementación de la "vacuna", aunque más estudiantes fueron evaluados durante la primera semana de clases el año pasado (28 951 versus poco más de 27 000). La tasa de positividad en general se ha duplicado, pasando del 0.45% en 2020 al 1.19% en 2021.

A pesar de tener una tasa de **"vacunación" superior al 95%**, la Escuela de Negocios de Harvard **se ha visto obligada a trasladar a sus estudiantes de primer y segundo año al aprendizaje remoto después de un brote "sustancial" de Covid**. La situación representa un "brote sustancial" que continúa empeorando con "11 nuevos estudiantes graduados que dieron positivo en el último lote de pruebas".

Los datos más recientes de Vermont muestran que **un enorme 76% de todas las muertes por coronavirus de Wuhan (Covid-19) se producen en los "completamente vacunados"**. **La tasa de "vacunación" contra el virus chino en Vermont es actualmente del 88% entre las personas de 12 años o más**. Esto significa que el estado debe estar completamente protegido contra la enfermedad sin más muertes.

Maine, Massachusetts y Connecticut, **los tres estados que siguen a Vermont en términos de cumplimiento de las "vacunas", están experimentando un aumento similar en nuevas hospitalizaciones y muertes**.

El director de UMass Memorial Health, el sistema de salud más grande del centro de Massachusetts, admitió recientemente que **desde que el estado alcanzó lo que debería haber sido la "inmunidad colectiva" del cumplimiento casi total de la "vacuna", las hospitalizaciones por covid se han multiplicado por 20**.

Massachusetts tiene la quinta tasa de "vacunación" más alta del país. **Connecticut, el segundo estado más "vacunado" de Estados Unidos, también está experimentando un aumento masivo de hospitalizaciones y muertes**, tanto que la legislatura estatal recientemente extendió los poderes de emergencia del gobernador para responder a esta última "ola" del virus. El 22 de septiembre, Maine, el tercer estado más "vacunado" de EE. UU., Tenía casi 90 personas en unidades de cuidados intensivos, un pico pandémico para el estado, lo que demuestra una **correlación directa entre las altas tasas de "vacunación" y los aumentos importantes en enfermedad y muerte**.

Minnesota informó el martes 12 de octubre de una tasa de positividad de la prueba Covid-19 del 8.3%, la más alta en la era de las "vacunas" y un nivel de hospitalizaciones que no se ha visto desde que se administraron las primeras inyecciones contra el coronavirus a mediados de diciembre. **Las infecciones, hospitalizaciones y muertes se están disparando a pesar de tener una población de adultos mayores que está "vacunada" en un 93%**.

Según The Star Tribune: "Los casos de Covid-19 en residentes de Minnesota completamente "vacunados" han aumentado en medio del aumento de la variante Delta, que es responsable de más del 99% de las nuevas infecciones en el estado".

Los condados irlandeses de Waterford y Carlow, **donde el 99.7% y el 98% respectivamente de todos los adultos están ahora "completamente vacunados" contra el coronavirus de Wuhan (Covid-19), están experimentando un gran brote de la enfermedad**. "Por primera vez desde marzo, el número de pacientes hospitalizados con Covid en Irlanda supera los 400", informó Citizen Free Press. **Esto en un país donde el 92% de los adultos han sido 'vacunados' contra el supuesto virus**. **El número de pacientes "vacunados" en la UCI ahora es casi tan alto como el número total de pacientes con Covid en la UCI hace un año**. El director clínico de HSE, el Dr. Colm Henry, admitió que las cifras eran 'más altas de lo que nos gustaría'.

Tantos australianos "completamente vacunados" **se están enfermando mucho o muriendo por sus inyecciones de coronavirus de Wuhan (Covid-19) que Queensland Health** afirma **que ya no puede seguir el ritmo de seguimiento de datos**.

La organización pro-"vacuna" ha confirmado que **los "eventos adversos de vacunación" se están** disparando **a niveles récord, y que muchos casos de enfermedades inducidas por "vacunas" deben omitirse porque hay demasiados de ellos para realizar un seguimiento en este momento**.

"Debido a la gran cantidad de eventos adversos que se informan en todo Queensland, no podemos comunicarnos de manera rutinaria con cada informante individualmente", informó Queensland Health en su sitio web.

En lugares con diferentes tasas de "vacunación" (tomadas de (124)), se observa una tasa importante de contagios entre "vacunados":

En Argentina con el 17.65% de su población totalmente "vacunada" a finales de agosto, 9 de cada 10 muertos por Covid en la primera mitad del 2021, eran personas "vacunadas" (125), 43 119 muertos por Covid "vacunados" (126).

En Islandia, un pequeño país de 360 000 habitantes, a finales de septiembre, más del 80% tienen una dosis y el 75% tiene un ciclo de "vacunación" completo. La nación estába estableciendo récords diarios de nuevas infecciones, principalmente entre los "vacunados" (127), registró en la semana del 21 de julio 213 nuevas infecciones con picos diarios que no se habían observado durante nueve meses, el 70% de los casos estaban completamente "vacunados" (148 personas). Las nuevas infecciones diarias habían aumentado de aproximadamente 10 a aproximadamente 120, antes de estabilizarse a una tasa más alta que el período previo a la "vacunación". Esta repentina recurrencia convenció al epidemiólogo jefe de la imposibilidad de obtener inmunidad colectiva a través de la vacunación. "Es un mito", declaró públicamente.

En Bélgica, a finales de septiembre, casi el 75% de la población está "vacunada" por primera vez. Y el 65% de la población tiene un ciclo de "vacunación" completo. Sin embargo, desde finales de junio de 2021, el número de nuevas infecciones diarias ha aumentado de menos de 500 a casi 2000. Como reconoce RTBF, frente a la variante Delta, la "vacunación" actual está lejos de ser suficiente para proteger a la población.

En una entrevista en video a principios de este mes, la Dra. Kristiaan Deckers, directora médica del hospital Gasthuiezusters en Amberes (GZA), reconoció que "todos" los pacientes en cuidados intensivos en ese momento con Covid estaban "realmente vacunados".

"En este momento, aquí, de hecho, estamos viendo una gran mayoría de las llamadas infecciones innovadoras. Los pacientes que tenemos ahora en la unidad de UCI en GZA, lo revisé ayer, en realidad están todos 'vacunados'", dijo.

Se suponía que la "vacuna: experimental "protegería" precisamente a esas personas, al menos de las formas más graves de Covid-19. Y, por supuesto, nadie sabe quién los infectó. Bajo el actual sistema de pases sanitarios en Bélgica, los "vacunados" no necesitan realizar pruebas contra el virus antes de visitar a personas muy vulnerables y pueden ser contagiosos.

Según la televisión nacional belga RTV.be, se está desarrollando una situación similar en la región de Kempen, donde la dirección del hospital general de Turnhout, Jo Leysen, dijo que cada vez más pacientes con Covid que terminan en el hospital son "vacunados". "Sé que a veces se escuchan otros rumores, pero la gran mayoría de los pacientes que estamos hospitalizando en este momento son personas 'vacunadas'", dijo.

La agencia oficial de estadísticas de salud en Bélgica, Sciensano, publicó datos a principios de este mes que muestran que **con el 74.4% de la población totalmente "vacunada"**, **el 64% de los pacientes hospitalizados "debido a" Covid entre el 21 de octubre y el 3 de noviembre estaban "completamente vacunados". El estado de la "vacuna" de otro 14% de los nuevos pacientes con Covid era "desconocido". El 54% de los pacientes en la UCI durante el mismo período estaban "completamente vacunados**", según Sciensano.

En la Habana (Cuba), a finales de agosto con un 25% de la población cubana, al menos, con una dosis, el 72% de los nuevos contagios, se producían en personas con las 3 dosis (128) (incluso, según parece, presuntamente, estaban arrojando los cadáveres de los "vacunados" en fosas comunes (129)).

En Singapur casi el 80% de la población ha recibido al menos una dosis a finales de septiembre. Pero desde el 20 de agosto de 2021 ha tenido que afrontar una reanudación exponencial de la epidemia con un aumento de los casos de unos diez en junio a más de 150 a finales de julio y 1246 casos el 24 de septiembre. Esta reaparición incontrolada de la enfermedad a pesar de la "vacunación" ha llevado al abandono de la estrategia de erradicación del virus por un modelo de "convivencia con el virus" tratando de tratar la enfermedad "como la gripe". Con un 63.44% "vacunado" a finales de agosto, el 75% de los nuevos contagios, se producían en "vacunados" (130).

En Australia a finales de agosto, con un 16.65% de personas "vacunadas", todos los nuevos casos menos 1, fueron de "vacunados" (131) (132). Seis de las siete personas que murieron recientemente por Covid-19 en el estado de Nueva Gales del Sur, en el este de Australia, fueron "vacunadas".

En Chile, a finales de agosto, con el 64.57% de su población con la pauta completa, el 80% de los nuevos casos, se producían entre "vacunados" (133).

En las Sheychelles, a finales de agosto, con el 68% de su población totalmente "vacunada", el 37% de los nuevos contagios, se daba entre los "vacunados" (134).

En Mongolia, a finales de agosto, con el 60.51% de su población con la pauta completa, experimentaron infecciones por coronavirus, principalmente dentro de los segmentos "vacunados" de su población (135).

En Gibraltar, en agosto con más del 100% de su población "vacunada" completamente desde el 01 de junio, los casos Covid aumentaron en un 2500% (obviamente, esos nuevos contagios, se producían solo entre "vacunados") (136). Inició la "vacunación" en diciembre de 2020 cuando la agencia de salud contabilizó solo 1040 casos confirmados y 5 muertes atribuidas a Covid-19 en este país. Después de un bombardeo de "vacunación" muy completo, logrando una cobertura del 115% (la "vacunación" se extendió a muchos visitantes españoles), el número de nuevas infecciones se quintuplicó (a 5314) y el número de muertes se multiplicó por 19. El número de defunciones se multiplicó por 19,

hasta llegar a 97, es decir, 2853 defunciones por millón de habitantes, que es uno de los récords de mortalidad europeos. Pero los responsables de la "vacunación" niegan cualquier vínculo causal sin proponer ninguna otra etiología plausible. Y luego de unos meses de calma, la epidemia se reanudó, confirmando que la cobertura de "vacunación" del 115% no protege contra la enfermedad.

Todos los gibraltareños están inoculados pero, a pesar de todo, en las últimas fechas están aumentando los contagios. Y están aumentando tanto, que se están suspendiendo fiestas e incluso las celebraciones de Navidad. Los datos son tan claros, que no pueden tener discusión alguna. Si nos encontramos con un 100% de "vacunados", ¿quién contagia en Gibraltar ahora según la versión oficial?

En Estados Unidos, a principios de septiembre, con el 50.80% de sus ciudadanos con la pauta completa, a día 31 de julio, tenían 125 682 personas "vacunadas" contagiadas en 38 estados, de las cuales, 1400 murieron (137).

En el estado de Nuevo León en Méjico, a principios de agosto, con el 39.87% de la población "vacunada" con una dosis y el 21% con las dos, se informaba de 3452 contagios entre "vacunados", de los cuales, 62 fallecieron (el Dr. Sosa afirmaba que los ingresos en UCI y los fallecimientos en las personas inoculadas estaban superando a los de aquellos NO "vacunados". "La situación se está dando con todas las "vacunas", repito con todas las "vacunas").

En Brazil a mediados de agosto, con el 24.34% de la población con la pauta completa, en un período de 5 meses, 9878 personas murierion de Covid teniendo la pauta completa y 28 660 personas "vacunadas" fueron hospitalizadas. Entre los que recibieron solo la primera de las dos dosis necesarias, 65 000 personas fueron hospitalizadas y 22 000 murieron a causa de la Covid-19.

En Malta, los casos de Covid se dispararon de 6.52 por millón el 26 de junio a 453.6 por millón el 17 de julio. Cabe señalar que a los turistas no "vacunados" no se les permitió ingresar a Malta y, por lo tanto, no se les puede culpar de este brote. La mayor parte de los contagios, se da entre "vacunados". Es uno de los campeones europeos de las pseudovacunas: en esta isla de 500 000 habitantes se han administrado cerca de 800 000 dosis, lo que garantiza una cobertura "vacunal" cercana al 84% con un retraso de unos 6 meses. Pero desde principios de julio de 2021, la epidemia ha comenzado de nuevo y las formas graves (fatales) van en aumento, lo que obliga a las autoridades a reconocer que la "vacunación" no protege a la población e imponer restricciones. Aquí nuevamente, la recurrencia de la epidemia en términos de casos y mortalidad demuestra que una alta tasa de "vacunación" no protege a la población.

Dinamarca **ha reportado a finales de octubre, su carga de casos de Covid-19 más alta desde mayo, a pesar de que más del 85% de la población mayor de 12 años está completamente "vacunada"**. Un total de 1349 personas en el país escandinavo dieron positivo en las últimas 24 horas, el número más alto en cuatro meses, mientras que 167 daneses fueron hospitalizados, también la cantidad más alta desde mayo. Han tenido más de 1000 casos diarios de Covid durante una semana consecutiva.

Ahora las autoridades amenazan con "cerrar la sociedad", según el portavoz de salud del partido de la oposición, Martin Geertsen, si más daneses no toman el suero.

El número repruductivo básico también ha aumentado a 2.01, que es el nivel más alto desde enero. "Como tal, estas cifras no son un desastre, pero si continúan aumentando en los próximos días, entonces apunta en la dirección en la que debemos hacer algo", dijo a TV2 el epidemiólogo de la Universidad de Roskilde, Viggo Andreasen. Según Andreasen, se esperaba un aumento debido a las vacaciones de otoño, pero la severidad de la escalada ha causado conmoción porque "más personas "vacunadas" se han enfermado" a pesar de que ya se están implementando las "vacunas" de refuerzo.

El aumento una vez más generará preguntas sobre la eficacia de la "vacuna" y la gran cantidad de "inyecciones de refuerzo" que se necesitarán, en comparación con la protección mucho mayor que ofrece la inmunidad natural.

El año pasado, las autoridades danesas intentaron aprobar una ley que hubiera permitido la vacunación forzada de cualquier persona, con la policía utilizada para detener físicamente a las personas y sujetarlas mientras las pinchaban, pero el esfuerzo se abandonó después de protestas masivas.

La Oficina Federal de Estadística de Alemania informó una **tasa de mortalidad en exceso del 10% por encima del valor medio de años anteriores en Alemania**. La corriente principal guarda silencio sobre este aumento.

Durante meses ha habido informes cada vez mayores de la alta mortalidad en los hogares de ancianos después de las citas de "vacunación" o un aumento de pacientes en cuidados intensivos debido a la "vacunación". Sin embargo, son difíciles de probar, ya que se basan principalmente en rumores y pequeñas muestras. La protección de datos y la confidencialidad médica generalmente impiden la obtención de pruebas directas.

Pero ahora hay un aumento en la mortalidad total que no se puede negar. Es posible que el aumento de muertes aún no constituya una evidencia sólida porque, como señaló el experto en estadísticas Thorsten Wiethölter, faltan datos sobre la estructura de edad para obtener conclusiones más precisas.

No solo ha aumentado la mortalidad en Alemania desde el inicio de la campaña de "vacunación", sino que los niños y adolescentes llenan **cada vez más las unidades de cuidados intensivos de Alemania**. En el Instituto Paul Ehrlich (PEI), se registraron tres muertes después de la "vacunación" y una gran cantidad de infecciones cardíacas en las primeras tres semanas después de la recomendación de STIKO para vacunar a los niños. Se dice que los tres niños que murieron en las primeras semanas después del inicio de las "vacunas" sufrieron embolias pulmonares mortales, hemorragias e insuficiencia orgánica múltiple, así como shock circulatorio.

Aún teniendo al **65% de la poblacion "vacunada"**, el canciller austriaco Alexander Schallenberg anunció que el cierre está a solo "días de distancia", ya que millones siguen sin "vacunarse" en Austria y aumentan los nuevos casos de coronavirus de Wuhan (Covid-19).

Una vez que el 30% de las camas de cuidados intensivos estén ocupadas con pacientes de Covid, los que no hayan sido vacunados serán puestos en confinamientos, según los planes del gobierno. El nivel actual es del 20% y aumenta rápidamente.

En un ejemplo claro de la "epidemia de demencia y locura" en la que llevan instalados los gobiernos desde el inicio de la supuesta "pandemia" y no conformes con las mentiras que permanentemente han soltado a la población afectada de una grave disonancia cognitiva; el gobierno austriaco, prohibirá a los no "vacunados" en restaurantes, teatros, remontes y proveedores de "servicios cercanos al cuerpo" como peluquerías, violando sin pudor los derechos fundamentales de los ciudadanos, algo que no es nuevo por otro lado, ya que es lo que han hecho desde que todo esto empezó.

En Taiwán no ha habido pandemia. Desde que se notificaron los primeros "casos" en febrero del año pasado, solo se han atribuido 846 muertes al coronavirus. **Las cifras de mortalidad se redujeron con respecto a años anteriores, por lo que el gobierno podía haber prescindido de "vacunas"**.

Taiwán se inscribió en el programa Covax de la OMS y **comenzó a "vacunar" el 22 de marzo de este año. En aquel momento el país no había registrado ni una docena de muertes atribuidas oficialmente al virus. Desde entonces y hasta el 6 de octubre la cifra se ha disparado a 846, de las que 836 son posteriores a las "vacunas", según datos oficiales del ECCC (Centro de Mando de Epidemias)**.

Hasta el 11 de octubre, 4.48 millones de taiwaneses, es decir, alrededor del 19% de la población, habían sido "vacunados" en su totalidad y 13.7 millones, es decir, alrededor del 59% de la población, habían recibido una dosis. La campaña de "vacunación" se ha llevado a cabo con AstraZeneca, seguida posteriormente de Moderna Pfizer y Johnson & Johnson.

Cuando Taiwán inició la "vacunación" empezó a surgir una tendencia alarmante. La media más alta de "nuevos casos" antes de que se pusieran en marcha las primeras "vacunas" fue de sólo 3. El 28 de mayo la media se había disparado a 597.

Taiwán siguió el mismo recurrido que Israel. La media de "casos" en la isla no bajó de los 10 "nuevos casos" hasta septiembre. Desde entonces, **a pesar del aumento de la "vacunación", la media nunca ha conseguido alcanzar los niveles anteriores a la "vacunación"**. La media de siete días más baja que Taiwán ha visto desde que comenzó a vacunar a sus ciudadanos se registró en 5 el 5 de septiembre.

De las muertes notificadas al CECC de Taiwán tras las vacunaciones, 643 se atribuyeron a pacientes que recibieron dosis de AstraZeneca, 183 recibieron dosis de Moderna y sólo 22 recibieron la "vacuna" Medigen específica de Taiwán. Aunque se registraron como acontecimientos adversos tras la vacunación, muchos funcionarios taiwaneses han respondido al informe de la CECC afirmando que estas muertes pueden no haberse debido intrínsecamente a las vacunas. No obstante, la CECC manifestó anteriormente su posición de que las reacciones a la vacuna Moderna dieron lugar a acontecimientos adversos mortales.

Como la media de muertes relacionadas con el coronavirus sigue fluctuando entre 0 y 1, como lo ha hecho durante varias semanas, es posible que las muertes notificadas al CECC de Taiwán después de la "vacunación" sigan superando las atribuidas al virus durante algún tiempo.

Cualquiera puede ententender el caso de Taiwán: **las vacunas no son necesarias, no son seguras y no son eficaces**.

La proporción de los "vacunados" entre los casos confirmados de Covid-19 ha aumentado en Suecia. La Agencia Sueca de Salud Pública informó que entre el 1 y el 24 de septiembre, 7 de cada 10 muertes relacionadas con Covid fueron personas completamente "vacunadas". Desde el inicio de la pandemia, Suecia, una nación de más de 10 millones, ha visto 1.16 millones de casos con casi 15 000 muertes. Casi el 65% de la población sueca está completamente "vacunada".

Veamos una imagen (los datos de la gráfica se construyeron con la información del reporte más reciente de Public Health England & Scotland (PHS) a 27 de octubre de 2021) que muestra una gráfica de la mortalidad excedente que se ha presentado en Escocia a lo largo de las semanas de verano de cada año, desde 1979 hasta el 2021. Como verán, conforme termina el verano, cambia la mortalidad excedente cada año, normalmente entre -0.01% y +0.01% (lo calculo con base en lo que se en el eje "Y": muertes por 100 000 habitantes. Se ve el incremento en la mortalidad excedente con el avance del verano para el 2020 (año de Covid-19 sin "vacunas contra SARS-CoV-2) y para el 2019 (año sin Covid-19). Sin embargo, vean lo que pasa con la curva roja (datos del año 2021). **La mortalidad excedente es completamente atípica, incrementando a 50 muertes por 100 000 habitantes (+0.05%), lo que es un incremento de más de 5 veces la media histórica**.

No puede ser explicado dicho incremento en la mortalidad excedente como resultado de Covid-19 (recordemos que en 2020 no había "vacunas", pero sí estaba en pleno auge la pandemia), a menos de que aceptáramos, que 1) las "vacunas" contra SARS-CoV-2 no sirven para nada, y 2) SARS-CoV-2 es más letal que antes (lo que no se ha demostrado, y de hecho, en Escocia, la mortalidad promedio de personas positivas a Covid para finales de octubre en el año 2021 es menor que la misma semana del 2020, de acuerdo a la universidad de Johns Hopkins). Entonces, **tenemos tres explicaciones posibles que no son tan endebles como las dos posibilidades anteriores: 1) la muerte excedente se debe a otras causas poblacionales (por ejemplo, otro virus circulante) aun no identificadas y**

nada relacionadas a Covid-19 ni a a las “vacunas”), 2) la muerte excedente se debe a efectos adversos de las “vacunas” que impactan, debido a la inflamación exacerbada que generan sus componentes, y a los efectos directos de Spike, a diversos órganos y sistemas, y 3) la muerte excedente se debe a un incremento en las posibilidades de infección y muerte por Covid-19 debido a las “vacunas” (efecto ADE). No tenemos nada de evidencia que sugiera que haya otro padecimiento a nivel poblacional, pero sí tenemos los datos de las páginas de registro de efectos adversos que muestran un incremento, sin precedente, de estos efectos temporalmente relacionados con la “vacunación” contra SARS-CoV-2, y también tenemos evidencia de que hay un incremento en los casos de personas diagnosticadas con Covid-19 en Escocia: 2500 casos semanales promedio en octubre de 2021 vs. 1400 casos semanales promedio en octubre de 2020. En otras palabras, **tenemos datos que sugieren que las posibilidades 2 y 3 son las reales**: efectos adversos por las “vacunas” contra SARS-CoV-2 y un incremento en casos y muertes por mayor susceptibilidad al virus en “vacunados”, por ADE. **No son mutuamente excluyentes estas posibilidades**. Por cierto, Escocia ha “vacunado” con dos dosis a más del 85% de su población, muy por encima del porcentaje que se manejaba que se requería para tener inmunidad de rebaño. Ahora se precisa apertura para reconocer que son posibilidades nada descabelladas, que cuentan con evidencia mecanística bien conocida y que si no permitimos su discusión y estudio, seguirán acumulándose estas "misteriosas" muertes excedentes.

Durante más de 18 meses, nuestros gobiernos y los medios de comunicación nos han estado diciendo:

“La vuelta a la vida normal será posible gracias a la vacuna”.

“Recuperarás tu libertad cuando te vacunen”.

“Los no vacunados son responsables de la continuación de la epidemia”.

Pero ningún estudio del mundo real ha proporcionado la más mínima evidencia para respaldar esta propaganda de marketing. Y el análisis de los datos oficiales de la OMS (disponibles en el panel de control de Covid de la OMS) es muy perturbador.

A modo de resumen, como hemos visto, **ninguno de los “campeones” de la “vacunación” ha logrado eliminar el virus, ni evitar un fuerte resurgimiento de la epidemia, y muy pocos han liberado totalmente a sus pueblos “vacunados” de las medidas supuestamente liberadoras de la salud impuestas sin prueba científica de su efectividad**.

Gran Bretaña es la campeona de la inyección Astra Zeneca, pero su alto nivel de “vacunación” no la ha protegido de una fuerte reanudación de la epidemia **que persiste desde hace cuatro meses, con una media de 40 000 casos diarios**.

El 10 y 21 de agosto, al testificar ante los parlamentarios británicos, el profesor Sir Andrew Pollard, jefe del Grupo de Vacunas de Oxford, dijo que "el hecho de que las 'vacunas' no detuvieran la propagación de Covid significaba q**ue alcanzar el umbral de inmunidad global en la población era 'mítico'", agregando "con la variante Delta actual, esto no es posible**".

Israel es el campeón de la inyección de Pfizer, pero en la primavera de 2021, antes de la aparición de la variante Delta, Israel había sido el primer país del mundo en creer que había logrado la inmunidad colectiva con la inyección de Pfizer.

Pero su altísima tasa de inyectados no le permitió evitar una nueva ola con el **establecimiento de un nuevo récord absoluto de contaminaciones diarias (11000/D o el equivalente para Francia de 70 000 casos/D)**.

Y la mortalidad **diaria siguió a pesar de las terceras inyecciones**. Este resurgimiento de la enfermedad hizo que el ministro de Salud reconociera que la tasa de efectividad de la inyección no superó el 39% y que solo duró unos meses.

Recordemos que en declaraciones a Channel 13 TV News el 5 de agosto de 2021, el Dr. Kobi Haviv, director médico del Hospital Herzog en Jerusalén, dijo que "**el 85-90% de las hospitalizaciones son de personas completamente 'vacunadas'" y "el 95% de los pacientes graves están 'vacunados'**"."**Destruyendo la propaganda de la vacuna alegando que la vacuna protegería contra formas graves"**.

Holanda tiene más del 75% de su población "vacunada", pero este gran éxito de venta de pseudovacunas está marcado actualmente por un récord **absoluto de contaminaciones diarias (12 000 casos por día)**, lo que les hace plantearse nuevas medidas restrictivas.

Una vez más, la "vacunación" ha demostrado ser incapaz de proteger a la población. El 13 de noviembre, el Dr. Kuipers, especialista en cuidados intensivos, declaró: " Se ha sugerido la inmunidad colectiva. ¡Olvídalo!". "Ahora estamos trabajando con varios escenarios. Siempre habrá una gran cantidad de pacientes con corona. Con un número considerable de pacientes, realmente necesitamos organizar la atención de manera diferente a largo plazo. Aumentar la capacidad del hospital para acomodar a todos los pacientes con Covid-19 y de atención regular".

Singapur es el campeón de Asia de la "vacunación" pseudo-Covid con aproximadamente el 90% de la población inyectada. Pero este éxito en el número de inyecciones **no le ha impedido sufrir un verdadero** tsunami **de contaminaciones con un número 4 veces superior al pico de preinyección**.

El jueves 19 de agosto de 2021, en una conferencia múltiple del grupo de trabajo del ministerio, el ministro de Finanzas, Lawrence Wong, advirtió: "Singapur no logrará la inmunidad colectiva durante la pandemia a pesar de su alta tasa de vacunación contra Covid-19". "El camino para convertirse en una nación

resistente a Covid será una tarea larga y difícil. **Incluso con tasas de 'vacunación' muy altas, no lograremos la inmunidad colectiva**".

El 8 y 21 de septiembre, Tikki E. Pangestu, experto en enfermedades infecciosas y profesor invitado en la Escuela de Medicina NUS Yong Loo Lin en Singapur, dijo: "**Lograr una inmunidad colectiva del 95% a Delta es un mito**. Con la variante Delta ahora dominante en la mayoría de los países, el objetivo debería ser la inmunidad a las enfermedades o la prevención de enfermedades graves y la muerte por el virus".

Corea del Sur supera el 80% de la tasa de "vacunación". En junio, los medios de comunicación coreanos se alegraron de que la inmunidad colectiva estuviera a su alcance. Incluso afirmaron que "se lograría para el 5 de noviembre". El portavoz del Ministerio de Salud, Son Young-rae, advirtió que: "**Incluso después de que se logre la inmunidad colectiva en noviembre, seguirán siendo necesarias mascarillas faciales y otras medidas de seguridad**".

Pero desde octubre, su espejismo se desvanece, **la epidemia está explotando y también la mortalidad**. En octubre, **el número diario de** infecciones **aumentó a 2.5 veces el del pico de la epidemia antes de la "vacunación" (2600 frente a 1000) y siguió la** mortalidad. Esto demuestra que las "vacunas" no resuelven el problema de Covid ni el problema de las restricciones sanitarias.

Alemania ha inyectado al 70% de su población, pero este éxito de las ventas de pseudo "vacunas" no evitó una fuerte reanudación **de la epidemia en julio con un crecimiento exponencial desde septiembre con un número de contaminaciones diarias (36 000) que superaron ampliamente los registros de antes de la "vacunación**".

Los habitantes del distrito gubernamental de Berlín se despiden lenta y silenciosamente, sin declaración, sin comunicado de prensa, a una ilusión, al objetivo que persiguen los políticos desde principios de año: la inmunidad colectiva: "Desafortunadamente, no puedo imaginar en este momento que logremos la inmunidad colectiva ", dijo K. Lauterbach, un experto en salud de los socialdemócratas de centro izquierda (SPD).

La población *danesa* está "vacunada" en más del 75%, pero esta alta tasa de "vacunación" no ha podido evitar un resurgimiento **repentino de la epidemia y la amenaza de un mayor confinamiento**.

La Agencia Danesa de Enfermedades Infecciosas SSI ha declarado que ya **no cree que la inmunidad colectiva se pueda lograr en el país mediante la "vacunación**", lo que significa que el SARS-CoV 2 podría continuar circulando durante años.

"Si las 'vacunas' fueran 100% efectivas contra las variantes actualmente en juego y tuviéramos una cobertura de 'vacuna' del 100% en personas de 12 años o más, entonces podríamos hablar de lograr una verdadera inmunidad colectiva contra la

variante delta", dijo Krause. "Pero, lamentablemente, esa no es la realidad; no podemos lograr eso". "Esto significa que ahora tiene sentido tratar Covid-19 de la misma manera que tratamos la gripe estacional y no responder a oleadas de infección con restricciones estrictas". "Será más parecido a la gripe que antes", agregó.

Islandia es el país europeo más "vacunado", pero eso no evitó una reaparición importante de la epidemia. En junio de 2021, Þórólfur Guðnason, el epidemiólogo jefe de Islandia, dijo que la inmunidad a las "vacunas" estaba progresando bien. Pero desde la nueva ola, tuvo que admitir en una entrevista en la radio pública que: "**La 'vacunación' no ha dado lugar a la inmunidad colectiva que esperaban los expertos y que, en realidad, la inmunidad colectiva no puede lograrse mediante la 'vacunación'**". "**La inmunidad colectiva debe lograrse mediante la transmisión, no mediante la vacunación**".

Irlanda también estaba muy "vacunada" (93% de la población inoculada),pero a principios de julio de 2021 se produjo una importante recaída en las infecciones, que ha ido en aumento, hasta tal punto, que gobierno de Dublín ha desvelado que habrá nuevas restricciones sanitarias, en un momento en que muchos temen que el país se dirija a un confinamiento total antes de Navidad.

¿Para qué sirven las "vacunas" entonces?, ¿no eran las "vacunas" las que nos iban a librar del confinamiento?, ¿qué fue de la llamada "inmunidad de rebaño"?, ¿para qué "vacunar" a la fuerza a todo el mundo? Irlanda es uno de los países más "vacunados" del mundo y, sin embargo, al igual que en Reino Unido, Israel y, más recientemente, Austria, las "infecciones" siguen aumentando.

Esta descripción general de la evolución de la epidemia en estos países "campeones" de la "vacuna", como se describe en los datos de la OMS y las curvas de la Universidad John Hopkins, muestra:

Que las pseudovacunas de Covid no protegen a las poblaciones de la reaparición de la supuesta epidemia.

Que las agencias de salud han abandonado la esperanza de la inmunidad colectiva a través de la "vacunación", ahora calificada de mito por casi todas las agencias que creían en ella.

Que este fallo es consecuencia de la insuficiente eficacia de las pseudovacunas actuales que no evitan enfermarse ni transmitir la enfermedad.

Que muchos expertos piensan que es hora de aprender a vivir con Covid como con la gripe estacional.

La Dra. Rochagné Kilian, médico de urgencias en Owen Sound, Ontario, sobre su encuesta informal de pacientes que ingresan a la sala de urgencias con problemas médicos graves: "**Al menos el 80% de los pacientes de emergencias en los últimos tres meses fueron de los doblemente vacunados**". Como hemos

podido comprobar, este porcentaje es casi idéntico a los datos recientes de otros países con alta tasa de "vacunación".

Las estadísticas continúan mostrando lo contrario de lo que se esperaría de la campaña de "vacunación" Covid-19. Un breve vídeo publicado la última semana de septiembre, utiliza datos del Centro de Recursos de Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins para ilustrar picos dramáticos en las muertes por Covid en numerosos países de todo el mundo después de la introducción de los sueros experimentales. Titulada "Muertes por Covid antes y después de los programas de vacunación", la convincente presentación fue producida por el analista de datos cuantitativos Joel Smalley, afiliado a HART Group, y parece ser la secuela de un vídeo similar que lanzó en mayo.

El vídeo representa las muertes semanales por Covid-19 por país, antes (azul) y después (rojo) de que comenzaran las campañas experimentales de "vacunación", **mostrando una correlación dramática entre la absorción de la "vacuna" y los picos en el número de muertes en aproximadamente 40 países diferentes**. Los ejemplos incluyen fuertes aumentos en las muertes por Covid en Israel, Taiwán y Uganda.

Si se examinan más ampliamente los datos relevantes, se puede encontrar una tendencia mundial de altas tasas de infecciones, hospitalizaciones y muertes entre los "vacunados". Tal correlación fue reconocida por la propia Pfizer como se reveló en un documento informativo que enviaron a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) el 17 de septiembre. El informe incluyó **un informe de uno de los estudios del propio gigante farmacéutico que indicaba tasas más altas de infección después de las inyecciones, lo que equivale a que los receptores del suero se vuelvan más susceptibles a contraer Covid-19**.

Una investigación encontró que **las tasas de infección por coronavirus** de Wuhan (Covid-19) **entre los "no vacunados" están cayendo en picado al mismo tiempo que las infecciones entre los "completamente vacunados" se están disparando**. Resulta que **la inmunidad colectiva ya se ha logrado entre aquellos que no recibieron la "vacuna", mientras que la enfermedad mutada se está extendiendo como la pólvora entre los receptores de la misma que se han convertido en fábricas de virus andantes**. En el Reino Unido, por ejemplo, los "casos" sintomáticos de la enfermedad, aumentaron un 40% en una semana entre los que estaban completamente "vacunados". Por el contrario, durante el mismo período de tiempo, el número de casos entre los no "vacunados" se redujo en un 22%. "Esto sugiere que la ola entre los no 'vacunados' ha alcanzado su punto máximo y que la inmunidad de grupo natural se ha establecido, mientras que los individuos "vacunados' en realidad se están volviendo más propensos a la infección": Dr. Joseph Mercola. Quizás la pieza más condenatoria de la nueva evidencia es el hecho de que **la inmunidad de grupo inducida por la "vacuna" es una imposibilidad**. "100 miembros de la tripulación totalmente inyectados dieron positivo a bordo del portaaviones de la defensa británica HMS Queen Elizabeth. El buque de la Armada tiene una tasa de casos de 1 en 16, la tasa de casos más alta

registrada" afirma el Dr. Mercola. "Esto sugiere que la inmunidad colectiva inducida por la "vacuna" es imposible, ya que estas inyecciones aparentemente no pueden prevenir la Covid-19 incluso si el 100% de una población determinada las contrae".

Matemáticamente hablando, es imposible que las inyecciones de virus chino produzcan inmunidad colectiva. **Las únicas personas que tienen la oportunidad de producir inmunidad permanente son aquellas que simplemente dicen que no a la "vacuna"**. Las cuatro actualmente disponibles proporcionan una reducción absoluta del riesgo de entre el 0.7% y el 1.3%, mientras que la tasa de mortalidad por infección no institucionalizada en todos los grupos de edad es de un mísero 0.26 %. "**Dado que el riesgo absoluto que debe superarse es menor que la reducción absoluta del riesgo que pueden proporcionar estas inyecciones, la "vacunación" masiva simplemente no puede tener un impacto favorable**", según el Dr. Mercola. Lo que esto significa, por supuesto, es que la última "ola" de enfermedades y muertes es un producto directo de las personas que se vacunan. En otras palabras, **los "vacunados" son los culpables directos de propagar más enfermedades y muertes**.

Un artículo preimpreso del prestigioso Grupo de Investigación Clínica de la Universidad de Oxford, publicado el 10 de agosto en The Lancet, incluye hallazgos alarmantes y devastadores sobre la "vacuna" Covid. El estudio encontró que **los individuos "vacunados" llevan 251 veces más carga viral del virus Covid-19 en sus fosas nasales que los no "vacunados"**. Los científicos estudiaron a los trabajadores de la salud que no pudieron salir del hospital durante dos semanas. Los datos mostraron que los trabajadores completamente "vacunados", aproximadamente dos meses después de la inyección con la "vacuna" Covid-19 de Oxford/AstraZeneca (AZD1222), adquirieron, portaron y presumiblemente transmitieron la variante Delta a sus colegas "vacunados". "**Las personas "vacunadas" están provocando explosiones virales concentradas en sus comunidades y alimentando nuevas oleadas de Covid**. Es casi seguro que los trabajadores de la salud vacunados estén infectando a sus compañeros de trabajo y a sus pacientes, causando daños colaterales horrendos".

Un estudio de los CDC (138) (139), **revela que 3/4 de los nuevos casos de la variante Delta se producen entre personas "vacunadas", además, la tasa de hospitalización entre los "vacunados" fue más alta que la tasa de hospitalización entre los no "vacunados", de tal forma que 4 de cada 5 hospitalizados también son personas que han recibido la pauta completa**. Por tanto, en contra de lo que algunos nos quieren hacer creer, es evidente que la "vacunación" no impide la hospitalización, por si fuera poco, encontraron que **la carga viral de los pacientes "vacunados", fue igual que la de los no vacunados y que el 79% de los infectados completamente "vacunados" fueron sintomáticos.**

En un estudio **realizado en la Universidad de California en San Francisco**, indica la presencia de supuestas nuevas variedades del SARS-CoV-2 resistentes a las "vacunas", que están extendiéndose entre las personas "vacunadas"

principalmente. El equipo de investigadores dirigido por el **eminente virólogo, Dr. Charles Chiu**, encontró que **el 78% de las personas con el tratamiento experimental completo fueron infectadas por estas supuestas variedades mutantes**. Los resultados arrojan otra conclusión muy importante: **las personas vacunadas que presentan síntomas seguirán contaminando a otras. Dr. Chiu: "Eres esencialmente tan infeccioso como alguien que no estaba 'vacunado'"**.

En un estudio del Departamento de Salud y Asistencia Social del Reino Unido, que viene a ser un análisis de la monitorización continua del SARS-CoV-2 en toda la población en el Reino Unido y que incluye medidas de la carga viral entre la población, **se encontró que las cargas virales entre la población "vacunada" y no "vacunada" son prácticamente las mismas, y mucho más altas que las registradas antes del lanzamiento de la inyección de Covid-19**. **El estudio también encontró que la mayoría de los casos entre la población "vacunada" presentaban síntomas cuando se volvían positivos**.

Las inyecciones de Covid-19 continúan siendo promovidas como la única solución a la pandemia, incluso cuando ocurren cada vez más infecciones "revolucionarias". Pero un grupo de investigadores japoneses ha publicado un estudio científico que muestra que la variante Delta del SARS-CoV-2 "está preparada para adquirir una resistencia completa" a las "vacunas" existentes. Supuestamente ya ha surgido una variante de Delta con tres mutaciones, lo que sugiere que es solo cuestión de tiempo antes de que se desarrolle una cuarta mutación, momento en el que la resistencia completa a la inyección de Pfizer puede ser inminente. **A pesar del creciente reconocimiento de que aumentar las inyecciones solo puede empeorar las cosas, Israel está llevando a cabo una campaña de "vacunación" de refuerzo después de registrar recientemente la tasa más alta de infecciones en 7 días en el mundo a pesar de que el 80% de la población está completamente "vacunada"**. Estados Unidos y el Reino Unido también han confirmado que están a punto de hacer lo mismo. **Varios expertos han expresado su preocupación de que las inyecciones de Covid-19 y el programa de "vacunación" masiva podrían empeorar la pandemia al desencadenar el desarrollo de nuevas variantes, a través de un concepto conocido como escape antigénico o inmune**. **Un principio general en biología, vacunología y microbiología es que si pones a organismos vivos como bacterias o virus bajo presión, a través de antibióticos, anticuerpos o quimioterapéuticos, por ejemplo, pero no los matas por completo, puedes fomentar inadvertidamente su mutación en más cepas virulentas. Aquellos que escapan de su sistema inmunológico terminan sobreviviendo y seleccionando mutaciones para asegurar su supervivencia**.

Con todo lo expuesto anteriormente, **el discurso oficial que dice que si los "vacunados" se infectaran, serían asintomáticos en la gran mayoría, que les daría más débilmente que a los no "vacunados" y que su carga viral sería muy inferior a la de los no "vacunados"; ha quedado totalmente desmentido.**

Si hacemos una comparación de la incidencia de Covid en los últimos 14 días (dos primeras semanas de julio 2021) entre países con tasas altas de "vacunación" y los de baja, observamos que para los países con baja tasa (media de 0.65% de la población) se situó en 15.7 por cada 100 000 habitantes, mientras que para los países con una tasa alta (media 53.6% de la población), se sitúa en 515 por cada 100 000 habitantes. Por tanto, es muy evidente, que las "vacunas" ni son eficaces, ni son seguras; no previenen la enfermedad, no reducen la gravedad y ni mucho menos van a controlar la enfermedad (140). Lo cual, es confirmado por un estudio realizado por el Dr. Geoff Mitchel: **los países con programas de "vacunación" activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen**". Además, "**los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por Covid; las muertes por Covid han aumentado con la vacunación después de que se implementaron los programas de vacunación**". **Entre los 104 países que no ofrecen programas de "vacunación" contra Covid demostrables, el 16/08/21, sus tasas de mortalidad promediaron inesperadamente menos de 690 muertes por millón. Sin embargo, entre los 82 países que ofrecen programas de "vacunación" demostrable, sus tasas de mortalidad por Covid promediaron 828 muertes por millón, lo que es contraintuitivamente más alto que la tasa de mortalidad por Covid para los países no "vacunados". En los 82 países que ofrecen programas de "vacunación", no solo la tasa promedio de mortalidad por Covid fue mayor que en los países no "vacunados", sino que la cantidad de muertes aumentó a medida que aumentó la cantidad o el porcentaje de residentes "vacunados"**. Las conclusiones del estudio son:

- **Los países con programas de "vacunación" activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen.**
- **Los países con un mayor porcentaje de su población "vacunada" tienen más muertes por Covid.**
- **Las muertes por Covid han aumentado con la "vacunación" después de que se implementaron los programas de "vacunación".**

En un artículo, se recopilaron los datos (12 de agosto) que establecen los casos por millón de habitantes y las muertes por millón de habitantes de los países más "vacunados" (con más de 50% de media) y de los países menos "vacunados" (con una media inferior al 23%). **El promedio de casos para los países más "vacunados" se situa en 77 491 por millón en comparación con sólo 19 672 en los menos "vacunados". El promedio de muertes en los países más "vacunados" es de 1647 por millón en comparación con solo 427 muertes en los menos "vacunados**".

A juzgar por los datos oficiales nacionales sobre la evolución de la pandemia Covid-19, puede decirse que el impacto de las "vacunas" apenas se ha dejado sentir pues los datos correspondientes al 27 de julio de 2020 son mejores a los correspondientes a los de un año después (27 de julio de 2021). Y aunque hay

que tener en cuenta que España es de los países del mundo con mayor número de vacunados, en 2021 el nº de casos y **la incidencia acumulada a 14 días es 15 veces superior a la de 2020 en la misma fecha sin "vacunas"; el nº de casos y la incidencia acumulada a 7 días es 12 veces superior a la de 2020 en la misma fecha sin "vacunas"; el nº de hospitalizados en los últimos 7 días por Covid-19 es 26 veces superior a la de 2020 en la misma fecha sin "vacunas"; el nº de fallecidos en los últimos 7 días es 23 veces superior a los del 2020 en la misma fecha sin "vacunas"**.

Si también analizamos los datos oficiales de agosto que nos proporciona el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III y comparamos los de hace un año, con los actuales, obtenemos unas conclusiones interesantes (141):

- **La Incidencia Acumulada (IA), era 8 veces menor que la actual.**
- **Los fallecidos Covid, eran 15 veces menos.**
- **El número de ingresos hospitalarios, era 9 veces inferior.**
- **El número de ingresados UCI, estaba 14 veces por debajo.**

Lo curioso, es que hace un año, nadie estaba "vacunado"; ahora hay un 64.10% (16 agosto 2021) (142) **de la población totalmente "vacunada". Por tanto, podemos deducir de las propias cifras oficiales, que las "vacunas" no solo no protegen, sino que han empeorado la situación.** A la misma conclusión, llegan en un estudio hecho por Periodistas Por La Verdad.

Las muertes por Covid se multiplicaron por cuatro **en agosto respecto al mismo mes del año pasado**. Mientras entre el 1 de junio al 31 de agosto de 2020 **fallecieron** por Covid-19 2025 personas, en el mismo período de 2021 han muerto 4423. Agosto ha sido el peor mes de esta quinta ola en cuanto a decesos, pues se ha notificado un total de 2829 muertes frente a las 680 cuantificadas el mismo mes del año pasado, es decir, **cuatro veces más**. El mismo patrón se observa durante julio, ya que mientras en 2020 se notificaron 104 fallecimientos, este año han sido 732. Este agosto Sanidad ha notificado un total de 358 900 casos. El año pasado fueron 173 919, la mitad. Entre el 1 de junio y el 31 de agosto de 2021 se notificaron 1 174 121 **casos nuevos de coronavirus**, según los informes del Ministerio. En el mismo período de **2020** se contabilizaron 231 041 contagios, **cinco veces menos.**

Un artículo publicado el 30 de septiembre en Eurosurveillance mostró como la Covid se propagó rápidamente partiendo de un paciente completamente "vacunado" al personal, pacientes y familiares completamente "vacunados", a pesar de una tasa de "vacunación" del 96% y el uso de equipo de protección personal completo. Cinco pacientes murieron y nueve tuvieron casos graves.

El estudio cita un brote de Covid que se propagó rápidamente entre el personal del hospital en un centro médico israelí, **a pesar de una tasa de "vacunación"**

del 96%, el uso de mascarillas N-95 por parte de los pacientes y el equipo de protección personal completo que usan los proveedores.

La tasa de infección calculada entre todos los pacientes y el personal expuestos fue del 10.6% (16/151) para el personal y del 23.7% (23/97) para los pacientes, en una población con una tasa de vacunación del 96.2% (238 vacunados / 248 personas expuestas).

El documento señaló que probablemente ocurrieron varias transmisiones entre dos personas que usaban mascarillas N95 y, en un caso, usaban PPE completo, incluida la mascarilla N-95, el protector facial, la bata y los guantes.

De los 42 casos diagnosticados en el brote, 38 estaban completamente "vacunados" con dos dosis de Pfizer y la "vacuna" Comirnaty de BioNTech, uno había recibido solo una "vacuna" y tres no estaban "vacunados".

De los infectados, 23 eran pacientes y 19 eran miembros del personal. Todo el personal se recuperó rápidamente. Sin embargo, **ocho pacientes "vacunados" se enfermaron gravemente, seis se enfermaron críticamente y cinco de los enfermos críticos murieron. Los dos pacientes no vacunados seguidos tenían casos leves de Covid**.

Los autores concluyeron:

"***Esta comunicación, desafía la suposición de que las altas tasas de 'vacunación' universales conducirán a la inmunidad colectiva y evitarán brotes de Covid-19. En el brote descrito aquí, el 96.2% de la población expuesta fue 'vacunada'. La infección avanzó rápidamente (muchos casos se volvieron sintomáticos dentro de los 2 días posteriores a la exposición) y la carga viral fue alta***".

"Este es un artículo muy interesante y científicamente muy sólido", dijo el Dr. Brian Hooker, Ph.D., PE, director científico de Children's Health Defense y profesor de biología en la Universidad de Simpson.

"**La tasa de avance del 96.2% de la población 'vacunada' muestra que, en este caso, la vacuna fue prácticamente inútil para prevenir la transmisión**", dijo Hooker. "También debe tenerse en cuenta que **los dos casos notificados entre los pacientes no 'vacunados' fueron leves, mientras que seis de los pacientes 'vacunados' murieron"**.

Analicemos el siguiente artículo del 21 de octubre de 2021:

"Las vacunas funcionan", claman muchos, a pesar de estar aplicando en menos de 6 meses un tercer refuerzo (y a pesar de no contar con estudios de seguridad y eficacia para tres o cuatro o más dosis). **Reino Unido, con más del 67% de la población habiendo recibido la "vacunación completa", tiene un incremento en casos de Covid que requieren hospitalización**.

Ya se sabe que las "vacunas" no evitan la transmisión (hasta los medios de comunicación lo aceptan ahora), pero ahora **se repite incansablemente que lo que hacen es evitar la enfermedad grave y hospitalización en quienes se infectan de SARS-CoV-2. Si esto fuera cierto, viendo los datos de Reino Unido, no habría forma de comprender matemáticamente cómo, con solo 33% de una población no "vacunada" (presumiblemente, este 33% se compone mayoritariamente de personas de menos de 18 años, dado que la mayoría de los adultos aceptaron los sueros), se pueden disparar los casos graves (al día de hoy más de 9000 hospitalizaciones diarias, 10% de ellas en Unidades de Cuidado Intensivo, de acuerdo a datos de la Universidad John's Hopkins)**. Los números y la evidencia biológica no explican esta situación. **Si es porque se trata de una nueva variante y las "vacunas" no están "protegiendo" contra esa variante**, entonces, ¿por qué seguir "vacunando" con esas mismas "vacunas" y proponer más y más dosis? Eso tampoco tendría sentido. Entonces, ¿cómo decir (y creer) que las "vacunas" están funcionando?

En un artículo del New York Times del 19 de agosto, titulado "Israel, Once the Model for Beating Covid, Faces New Surge of Infections", se admite abiertamente que **las inyecciones de Covid-19 administradas a 2500 millones de personas en todo el mundo ya no funcionan muy bien, y que las personas que tomaron esas "vacunas" son ahora las que se enferman y mueren**. Está claro que la narrativa sobre las inyecciones de Covid-19 como la única ruta de regreso a la normalidad ahora se ha derrumbado. Lo mismo está sucediendo también en el Reino Unido, como hemos comprobado, los datos oficiales muestran que las inyecciones de Covid-19 aumentan el riesgo de hospitalización y muerte debido a Covid-19 en lugar de reducirlo.

Una ex empleada de Pfizer (Karne Kingston) ha proporcionado documentación que demuestra que **recibir la "vacuna" contra la Covid-19 de la empresa, aumenta la probabilidad de que una persona contraiga el virus en más de un 300%**. Para probar esto, Kingston presentó un documento informativo utilizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) durante una reunión del comité asesor el 17 de septiembre. La reunión se llevó a cabo para discutir la solicitud de Pfizer para usar su "vacuna" Covid-19 como refuerzo. Los documentos presentados durante la reunión incluyen un informe sobre un estudio realizado por Pfizer que probó durante cuánto tiempo sus "vacunas" brindan la llamada inmunidad al coronavirus.

La conclusión del estudio es que "la incidencia de Covid-19 generalmente aumentó en cada grupo de participantes del estudio con el aumento del tiempo posterior a la dosis 2". "Si tiene dos dosis de Pfizer, su tasa de infección aumenta con el tiempo".

Kingston ha analizado la tasa de infección en el grupo de placebo durante los primeros cuatro meses del estudio, cuando no tenían una "protección" adquirida por la "vacuna" contra el Covid-19. Luego lo comparó con la tasa de infección del grupo en los cuatro meses posteriores a sus inyecciones con las vacunas de Pfizer.

“Entonces, cuando no se inyectaron, su tasa de infección fue del 1.3%, y cuando se inyectaron, fue del 4.34%. Aumentó en más del 300%”, dice Kingston. “Tenían menos infecciones cuando no tenían protección. Entonces, eso es un problema".

Habría que preguntarle a las autoridades, ¿de qué sirve el certificado o pasaporte Covid en estas condiciones?

Un informe gubernamental filtrado ha descubierto que **los pasaportes de las “vacunas” en realidad podrían exacerbar la propagación de la Covid** porque alentarían a las personas a visitar lugares más pequeños y con menos ventilación.

Según el informe, compilado por el Departamento de Digital, Cultura, Medios y Deporte [DCMS], la introducción del esquema podría tener el efecto contrario deseado.

Si la certificación desplaza a algunos aficionados de estadios deportivos estructurados y bien ventilados, esto podría llevarlos a acudir a pubs desestructurados y mal ventilados, donde tendrán acceso a más alcohol que si hubiera en los estadios”, afirma el informe. "La evidencia de los euros mostró picos en los casos asociados con los pubs, incluso cuando Inglaterra jugaba en el extranjero".

“La política también reduciría la rotación de los organizadores de eventos que requieran el uso de pasaportes de ‘vacunas’ y requeriría la contratación de miles de nuevos administradores, lo que puede ser difícil de cumplir”.

Los investigadores de repente están publicando análisis de la inmunidad menguante (143) y mostrando el fracaso de las “vacunas” (144) (145), en revistas prestigiosas como The Lancet, que prescriben de manera demasiado predecible inyecciones de refuerzo y vacunas nuevas y mejoradas como soluciones; hasta en la televisión, ya se reconoce la verdad (146), incluso por la propia directora de los CDC en EE.UU. (147).

A fines de julio, las pautas impuestas por los CDC para informar de las muertes por Covid representan una desviación éticamente cuestionable del estándar de la industria previamente establecido, con médicos forenses y otras personas sospechosamente instruidas para definir las “muertes que involucran Covid-19” como “muertes con confirmado o presunto Covid”. **Sin estas reglas de reporte sesgadas, se estima que un 90.2% menos de muertes se habrían atribuido al Covid** (148). **Los CDC admiten que entre las muertes acumuladas “que involucran” a Covid desde 2020 (hasta el 25 de julio de 2021), Covid fue la única causa de muerte para solo el 5%** (149). Para todas las demás muertes “que involucran” a Covid, los certificados de defunción citan un promedio de cuatro condiciones o causas contribuyentes adicionales.

Un estudio informó una fuerte disminución en la efectividad de la “vacuna” contra la infección en agosto de este año, especialmente para las personas que recibieron la vacuna J&J", informó CNN: "Los investigadores encontraron que

entre más de 600 000 veteranos, la protección de la "vacuna" de J&J cayó del 88% en marzo al 3% en agosto.

Como ha quedado demostrado, las sueros ni son eficaces, ni son seguros; no previenen la enfermedad, no reducen la gravedad, ni mucho menos van a controlar la enfermedad. No solo no protegen, sino que han empeorado la situación**; además, no se les puede llamar "vacunas" por mucho que los CDC cambien la definición** repentinamente para intentar tapar su ineficacia y favorecer la inoculación obligatoria. Es pura "casualidad", que llegue al mismo tiempo que la supuesta autorización de la FDA al suero de Pfizer.

De acuerdo con los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, los "casos" de Covid-19 han tenido una tendencia a la baja desde que alcanzaron su punto máximo durante la primera y segunda semana de enero de 2021. A primera vista, esta disminución parece ocurrir en conjunto con el lanzamiento de las "vacunas" antiCovid. El 1 de enero de 2021, solo el 0.5 % de la población de Estados Unidos había recibido una dosis de la "vacuna" antiCovid. A mediados de abril, alrededor del 31 % había recibido una o más dosis, mientras que para el 15 de junio, el 48.7 % ya se había "vacunado" por completo. Sin embargo, como se señaló en un artículo del portal de noticias STAT News del 12 de julio de 2021, los "casos" comenzaron a disminuir antes de que se aplicaran tantas "vacunas" antiCovid. "Al seguir los patrones de pandemias anteriores, la disminución de los nuevos casos de Covid-19 comenzó mucho antes de que una gran cantidad de personas hubiera recibido la 'vacuna'", Robert M. Kaplan, profesor emérito de la UCLA Fielding School of Public Health, escribió lo siguiente:

"Hace casi 50 años, los sociólogos médicos John y Sonja McKinlay examinaron las tasas de mortalidad de 10 enfermedades graves: tuberculosis, escarlatina, influenza, neumonía, difteria, tosferina, sarampión, viruela, fiebre tifoidea y poliomielitis. En cada caso, la nueva terapia o vacuna a la que se le atribuye el éxito se introdujo mucho después de que la enfermedad estuviera en declive. Hace poco tiempo, el historiador Thomas McKeown identificó que las muertes por bronquitis, neumonía e influenza comenzaron a disminuir 35 años antes de que aparecieran los nuevos medicamentos a los que se atribuyó su éxito. Estos análisis históricos son relevantes para la pandemia actual".

Como señaló Kaplan, **los "casos" de Covid-19 alcanzaron su punto máximo a principios de enero de 2021. El 8 de enero, se registraron más de 300 000 resultados positivos diarios. Para el 21 de febrero, se redujo a 55 000 casos diarios. Las "vacunas" antiCovid-19 recibieron la autorización de uso de emergencia a fines de diciembre de 2020, pero para el 21 de febrero, solo el 5.9 % de los adultos en Estados Unidos habían recibido las 2 dosis. A pesar de una tasa de "vacunación" tan baja, los nuevos "casos" disminuyeron en un 82 %**. Si se tiene en cuenta que las autoridades sanitarias afirman que necesitamos que el 70 % de las personas en Estados Unidos se "vacunen" para lograr la inmunidad colectiva y detener la propagación de este virus, esto no tiene sentido. **Es obvio que las "vacunas" antiCovid no tuvieron nada que ver con que disminuyeran los resultados positivos de las pruebas**. **La explicación más razonable para la disminución de las**

tasas de SARS-CoV-2 parece ser la inmunidad natural por infecciones previas, que varían de un estado a otro. Kaplan cita un estudio realizado por los Institutos Nacionales de Salud, que sugiere que la prevalencia del SARS-CoV-2 fue 4.8 veces mayor de lo que se pensaba antes, gracias a una infección sin diagnosticar.

En otras palabras, afirman que por cada resultado positivo reportado, tal vez hubo casi cinco personas adicionales que tuvieron la infección, pero que no recibieron un diagnóstico. Para analizar a fondo estos datos, Kaplan calculó la tasa de inmunidad natural al dividir el nuevo número estimado de personas infectadas de forma natural entre la población de cualquier estado:

"Para mediados de febrero de 2021, se estima que 150 millones de personas en los Estados Unidos (el quíntuple de 30 millones) podrían haber sido infectadas con SARS-CoV-2. Para abril, calculé que la tasa de inmunidad natural estaba por encima del 55 % en 10 estados: Arizona, Iowa, Nebraska, Dakota del Norte, Oklahoma, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Utah y Wisconsin.

En el otro extremo, calculé que la tasa de inmunidad natural estaba por debajo del 35 % en el Distrito de Columbia, Hawai, Maine, Maryland, New Hampshire, Oregón, Puerto Rico, Vermont, Virginia y Washington.

Para fines de 2020, las nuevas infecciones disminuían muy rápido en casi todos los 10 estados donde es posible que la mayoría haya tenido inmunidad natural, mucho antes de que un minúsculo porcentaje de personas en Estados Unidos estuvieran completamente "vacunadas". En el 80 % de estos estados, el día en que los nuevos casos estaban en su punto máximo ocurrió antes de que las "vacunas" estuvieran disponibles.

En contraste, los 10 estados con tasas más bajas de infecciones previas tenían muchas más probabilidades de experimentar nuevos aumentos en los casos de Covid-19 en marzo y abril. A finales de mayo, los estados con menos infecciones nuevas tenían tasas de "vacunación" más bajas que los estados con más infecciones nuevas".

La verdad es que los casos de SARS-CoV-2 estaban más altos en los estados donde la inmunidad natural era baja y la tasa de "vacunación" era alta. Mientras tanto, en los estados donde la inmunidad natural (debido a la exposición no diagnosticada) era alta y la tasa de "vacunación" era baja, el número de casos nuevos diarios también era menor.

Esto tiene sentido, si la inmunidad **natural es tan efectiva**. **También tiene sentido si las "vacunas" antiCovid no ofrecen una protección significativa contra la infección, que también sabemos que es el caso**. En primer lugar, ésta es una "vacuna" que aún no se ha probado y no tenemos idea del daño a corto plazo y mucho menos a largo plazo, ya que cualquier esfuerzo razonable para recopilar estos datos se ha eliminado. En segundo lugar, la capacidad de sobrevivir al Covid-19 fuera de las casas de retiro es del 99.74 %. Si tiene menos de 40 años, su probabilidad de sobrevivir al Covid-19 es del 99.99 %. No puede

mejorar sus posibilidades de sobrevivir más allá de eso, por lo que **las “vacunas” antiCovid no pueden terminar con la pandemia**. Mientras tanto, las “vacunas” antiCovid vienen con una lista cada vez mayor de posibles efectos secundarios que pueden quitar años o décadas de su esperanza de vida natural. **Las “vacunas” son innecesarias para cualquier persona con inmunidad natural**, sin embargo, eso es lo que recomiendan los CDC.

En una comparación de 68 países y 2947 condados en los Estados Unidos, un nuevo estudio concluye que las jurisdicciones con altas tasas de “vacunación” no tienen tasas de infección más bajas. Un estudio reciente recién publicado en el European Journal of Epidemiology demostró que las tasas de vacunación no tuvieron un efecto en los nuevos casos de Covid en la primera semana de septiembre. El estudio examinó 68 condados de todo el mundo y comparó los casos de Covid-19 por cada millón de personas de cada país con el porcentaje de la población que está completamente vacunada. No encontró “una relación discernible entre el porcentaje de población completamente ‘vacunada’ y los nuevos casos de Covid-19 en los últimos 7 días”.

La línea de tendencia sugiere una asociación marginalmente positiva tal que **los países con un mayor porcentaje de población completamente “vacunada” tienen más casos de Covid-19 por cada millón de personas**. En particular, Israel, con más del 60% de su población completamente “vacunada”, tuvo los casos más altos de Covid-19 por cada millón de personas en los últimos 7 días. **La falta de una asociación significativa entre el porcentaje de población completamente “vacunada” y los nuevos casos de Covid-19 se ejemplifica aún más, por ejemplo, en la comparación de Islandia y Portugal. Ambos países tienen más del 75% de su población completamente “vacunada” y tienen más casos de Covid-19 por cada millón de personas que países como Vietnam y Sudáfrica que tienen alrededor del 10% de su población completamente “vacunada”**.

Se hace una observación similar cuando se examinan los condados de EE. UU. “**Tampoco parece haber señales significativas de que los casos de Covid-19 disminuyan con porcentajes más altos de población completamente ‘vacunada**’”.

Si bien los datos de este estudio son una instantánea de los cambios en la primera semana de septiembre, proporcionan un enlace a datos históricos donde también se pueden ver otras semanas. Este último estudio confirma lo que muchos otros han estado observando, que ***incluso una campaña de “vacunación” exitosa no reduce los nuevos casos de Covid***.

Un estudio de 41 000 personas revela que **la “vacunación” AUMENTA el riesgo de hospitalización de una persona**. Hay más de lo que se ve a simple vista con el último estudio de "eficacia de la vacuna" publicado por el New England Journal of Medicine (NEJM). El estudio en cuestión, "Effectiveness of Covid-19 vaccines in ambulatory and in patient care settings", fue presentado inmediatamente por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) para publicitar las “vacunas” Covid-19.

Tras una mayor investigación de los datos, parece que este estudio y su interpretación fueron diseñados para engañar al público. Después de configurar la tasa real de enfermedad después de la "vacunación", ¡**la eficacia de la "vacuna" podría interpretarse como un 13% negativo! Parece que la "vacunación" contra la Covid** aumenta **el riesgo de hospitalización**.

El análisis mundial de 188 países muestra **una correlación global masiva entre la "vacunación" y las tasas más altas de casos Covid, lo que muestra que el mundo está experimentando actualmente una 'pandemia de vacunados'**.

Los datos se analizaron desde Our World In Data, sitio web de la Universidad Johns Hopkins, en 247 millones de casos Covid desde el comienzo de la pandemia hasta el 31 de octubre de 2021, de los 188 países en los que hay datos tanto en el porcentaje de personas "vacunadas" y el acumulado de casos confirmados por millón.

Muestra que la incidencia de casos aumenta de manera bastante lineal con el porcentaje de personas "vacunadas" a una tasa de 800 casos por millón por porcentaje extra de "vacunados".

Las naciones con las tasas de casos más bajas se encuentran casi exclusivamente en África, que también tiene las tasas más bajas de "vacunación". Mientras que **las naciones con las tasas de casos más altas también tienen las tasas más altas de "vacunación**".

La conclusión ineludible de todos los datos que tenemos hasta el 31 de octubre es que las "vacunas", de una manera u otra, están relacionadas ***con el aumento en el número de casos***. Esta no es una muestra representativa de unos pocos miles de casos de una nación. Es un estudio completo de todos los casos hasta ahora en cada país informante.

Entonces, ¿son estas inyecciones "vacunas"?

La conclusión es NO. Estas inyecciones para Covid-19 NO son "vacunas" no detienen la infección, la transmisión, el Covid grave, la hospitalización o la muerte; se describe mejor como una plataforma de entrega de genes; y los estudios realizados por los desarrolladores de inyección no se establecieron para mostrar ninguno de los 6 criterios mencionados anteriormente; estas inyecciones para Covid-19 no previenen la transmisión y no fueron diseñadas para hacerlo.

Estas inyecciones se estudiaron de manera subóptima y particularmente en cuanto a la parte de seguridad de los estudios. No tenemos datos de duración adecuados para mostrar la seguridad; no tenemos perfiles de seguridad; no sabemos lo que sucederá a mediano y largo plazo. Estas inyecciones no son necesarias dado el riesgo estadístico casi cero de infección en los menores, de transmisión del virus y de resultado grave si se está infectado y no tiene comorbilidades. Debemos comprender que la tecnología de ARNm nunca se ha utilizado con éxito para mostrar su capacidad para reducir la incidencia de

enfermedades infecciosas en los seres humanos, ¡NUNCA! No tenemos antecedentes de esto, y no sabemos qué sucede después de que las nanopartículas lipídicas (LNP) y el ARN mensajero (ARNm) ingresan en las células /cuerpo. No sabemos si el ARNm se "apaga" y la proteína espiga ya no se produce, etc. Ya sabemos que la proteína espiga después de ser producida se biodistribuye y por un tiempo todavía no definido.

No se realizaron los estudios apropiados de toxicidad reproductiva, los estudios de teratogenicidad, los estudios farmacodinámicos y los estudios farmacocinéticos, etc. La proteína espiga en la bola viral es la porción del virus que causa el trauma devastador y una de los posibles causas del síndrome conocido como Covid-19 grave. Esta proteína espiga es lo que te mata y devasta tu vasculatura, devastando la capa endotelial de la misma. La enfermedad Covid-19 grave en etapa terminal es una enfermedad vascular de coagulación de la sangre. Usted no muere cuando sus pulmones fallan en la etapa final de Covid-19 porque hay virus en los pulmones. No, morimos a causa de los millones de micro-trombos (coágulos de sangre). La proteína espiga que nuestras células producen después de la inyección (no es exactamente igual a la auténtica proteína espiga en la bola viral), es patógena y tóxica. Es mortal.

En un reciente episodio del podcast "The Hidden Gateway", el Dr. Robert Malone , reconocido por su papel en la invención de la tecnología de vacunas de ARNm, dijo: "**La idea de que si tienes un lugar de trabajo donde todos están 'vacunados', no vas a tener virus la difusión es totalmente falsa. Una mentira total**".

Malone comparó lo que está sucediendo hoy con las "vacunas" Covid con los experimentos médicos ilegales llevados a cabo por la Alemania nazi. "[Durante la Segunda Guerra Mundial], los judíos y otros grupos étnicos fueron sometidos a horribles investigaciones médicas experimentales", dijo Malone. "Y lo justificaron diciendo que era por el bien común".

En un intento de aclarar la información errónea proveniente del establecimiento médico, Malone dijo que **las personas completamente "vacunadas" pueden transmitir Covid**. "La idea de que si tiene un lugar de trabajo donde todos están 'vacunados', no se propagará el virus es totalmente falsa. Una mentira total", dijo Malone. **Los "vacunados" son en realidad los "superpropagadores"** de los que se habló a todo el mundo al principio de la pandemia.

"Si considera como válida la **falsedad científica de que las personas 'vacunadas' tienen menos síntomas que las no 'vacunadas'**, pero aún así pueden propagar la enfermedad fácilmente, considere a su compañero de trabajo 'vacunado', cuyo hijo no 'vacunado' trajo la enfermedad a casa y se la dio ... Es posible que no tenga ningún síntoma ... pero definitivamente producirá el virus. Y él va a decir, oye, puedo ir a trabajar hoy. Pero va a esparcir el virus como un loco".

"Si el gobierno no le va a revelar cuáles son los riesgos de la 'vacuna', y no le va a revelar lo que realmente está sucediendo porque piensa que no puede manejar las noticias, esto se llama la noble mentira".

Los no "vacunados" no son culpables de nada

Ultimamente, se está culpando a los no "vacunados", de los nuevos contagios y de la aparición de las nuevas supuestas olas causadas por supuestas nuevas variantes. Sencillamente, es falso, como otras muchas afirmaciones que han lanzado los diferentes gobiernos y muchos medios de "comunicación". En este caso, lo hacen para tapar la vergonzosa eficacia de las mal llamadas "vacunas". Como ha quedado demostrado, simplemente no funcionan y para disimularlo, primero se inventan una nueva "variante" y luego acusan a los renuentes de ser los culpables de su transmisión. Pero, ¿no decían que estaban "inmunizados" los "vacunados"? ¿No garantizaban una alta efectividad las "vacunas" según sus fabricantes?, entonces, ¿cómo es que a nivel mundial, la mayor parte de los nuevos contagios y fallecimientos, se dan en personas "vacunadas"? ¿Cómo es que los países con mayor tasa de "vacunación" son, justamente, los que presentan mayor tasa de fallecimientos y contagios?...Curioso que la ciencia haya demostrado que, realmente, los peligrosos son los "vacunados"; desmontando una vez más un nuevo "error" del discurso oficial.

Sin olvidar todo lo demostrado anteriormente, para constatar la falsedad de tales afirmaciones, vamos a utilizar un documento de posicionamiento recién emitido por el "Consejo de Emergencia Pública Israelí para la Crisis Covid" que detalla lo que llaman suposiciones defectuosas y problemas éticos inherentes a culpar a los no "vacunados" por la última ola de Covid.

La primera suposición defectuosa, y posiblemente la más frecuentemente reportada, es que las personas no "vacunadas" se infectan con Covid más que las "vacunadas". El documento cita datos que muestran que "**la tasa de individuos "vacunados" entre individuos con casos verificados de Covid, es cercana e incluso idéntica a su proporción relativa en la población, incluso cuando se ordena por grupo de edad, y a pesar de que la normativa del Ministerio de Salud fomenta un gran número de pruebas entre los no 'vacunados'"**.

La segunda suposición falsa, que los no "vacunados" infectan a otros más fácilmente que los "vacunados". Los datos de los CDC, Public Health England y otros estudios demuestran que una vez infectados, **la carga viral es como máximo similar (aunque suele ser inferior como se ha demostrado en el presente informe) tanto en los "vacunados" como en los no "vacunados". Dado que la carga viral es el factor más importante en la capacidad de infectar a otros, tanto los "vacunados" como los no "vacunados" representan un riesgo similar de transmitir el virus a otros.**

La tercera suposición falsa es que la transmisión asintomática es común. Los estudios muestran que la tasa de transmisión de personas asintomáticas es 20 veces menor que la de los pacientes sintomáticos (que son examinados y aislados

de todos modos, independientemente de su estado de “vacunación”), por lo que **la probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona es significativamente menor que el 1%**.

El documento también señala que los países altamente “vacunados” como Islandia también están experimentando una nueva ola de Covid a pesar de su muy alta tasa (80% – 90%). "**Por lo tanto, las personas no “vacunadas” no son lo que hace que la pandemia continúe, ni ponen en peligro a los “vacunados” en ese aspecto. De hecho, parece que la esperanza de erradicar el Covid mediante el logro de la "inmunidad colectiva" a través de la ‘vacunación’ de un porcentaje suficientemente alto de la población, ha demostrado ser poco realista**".

"**No hay evidencia científica alguna que respalde la afirmación de que las personas no “vacunadas” están arriesgando la salud pública de ninguna manera más que las personas ‘vacunadas’" y que "la ‘vacunación’ debe tratarse como un medio principal para proporcionar protección personal contra enfermedades graves o muerte, especialmente para las personas en alto riesgo**".

A pesar de la falta de base científica, los políticos, los funcionarios de salud y muchos en los medios de comunicación continúan culpando a los no “vacunados” por el último aumento de Covid. Esto plantea una serie de cuestiones éticas que el consejo abordó en su documento.

Estos ataques a la elección de las personas de no tomar una intervención médica es una pendiente resbaladiza. Ya sea alguien que tiene una enfermedad pulmonar y continúa fumando, o un superviviente de un ataque cardíaco que se niega a alterar su dieta, o que haya alrededor de un 80% de las personas que no toman la “vacuna” para prevenir la gripe estacional. "**La misión del sistema de salud es servir al público, y no debe ejercer ninguna consideración que restrinja la libertad individual**".

Las decisiones de salud deben tomarse libremente, de lo contrario, habrá una pérdida de confianza entre los pacientes y los proveedores de atención médica: "**La política de salud pública es efectiva solo cuando se basa en la educación y el diálogo. El discurso agresivo podría resultar en la pérdida de confianza de sectores significativos del público y conducir a la reducción de las tasas de otras vacunas de rutina que son de crucial importancia**".

Culpar a los no “vacunados” podría "fomentar la ilusión de que la ‘vacunación’ protege contra el contagio" y puede hacer que las personas “vacunadas” piensen que están más seguras de lo que realmente están.

Al concluir su posición, el Consejo escribe: "**En una democracia, en cuyo núcleo están la dignidad humana y los derechos humanos, no hay lugar para llamamientos e incitaciones de este tipo. El derecho de la sociedad a**

la protección prevalece sobre el derecho del individuo a la libertad sólo cuando existe un peligro real (como se hace en el caso de los pacientes psicóticos violentos, o en el caso muy diferente de los presos). Es un error restringir la libertad de una persona debido a un riesgo potencial remoto"

"**La elección de vacunarse debe permanecer en manos de cada persona, de acuerdo con su comprensión y valores**. Instamos al gobierno a pedir de inmediato el fin del discurso agresivo antes mencionado, al tiempo que da explicaciones al público que son científicas y accesibles que destacan que las personas que aún no han sido vacunadas no son un factor que perpetúe la pandemia y ponga en peligro al público".

Aprobación como medicamento de la "vacuna" de Pfizer

Aún con todo lo expuesto aquí sobre su seguridad y eficacia reales, para algunos medios o políticos (aunque hay división de opiniones y realmente, no está muy claro), la mal llamada "vacuna" ya tiene la autorización como medicamento en Estados Unidos y por tanto, debería de dejar de tener autorización de emergencia para la "vacunación" de personas mayores de 16 años.

¿Cómo puede ser posible la aprobación cuando el historial de seguridad de esta "vacuna" es mucho peor que cualquier otra vacuna en el pasado, incluidas muchas que fueron retiradas del mercado?

Vamos a mostrar los "trucos":

Parte de la respuesta a esa pregunta es que **los CDC no informan de la estadística más relevante para medir la eficacia: el estado de "vacunación" de los pacientes con Covid**. ¿Cuántas de las nuevas infecciones y las nuevas muertes se producen en personas "vacunadas" y cuántas en las no "vacunadas"? Por supuesto, esta información se conoce en las bases de datos de los CDC; es escandaloso que las cifras no se hagan públicas.

Asimismo, los datos sobre transmisibilidad, comparando poblaciones "vacunadas" y no "vacunadas", no se están reportando y no fueron parte de los ensayos clínicos del otoño pasado.

Existen varios sistemas para informar las reacciones a las "vacunas", incluidas las muertes, pero el único disponible para el público es el VAERS. Está incompleto porque no hay incentivos para informar al VAERS y es un proceso engorroso; debemos recordar que sólo un 1% de los casos reales, son reportados.

Podemos comparar los informes de las "vacunas" Covid con los de años anteriores, cuando también hubo cientos de millones de vacunas, incluidas las vacunas anuales contra la gripe y los programas de vacunación infantiles. La comparación es dramática. **Este año hubo más del doble de muertes relacionadas con las "vacunas" Covid que la suma total de todas las**

muertes por vacunas en los 30 años de historia de VAERS. Dado este historial de seguridad, ¿cómo existe la posibilidad de aprobación? Aquí es donde entra el fraude estadístico:

El criterio de seguridad que han elegido es un cálculo oscuro llamado PRR (Proporcional Reporting Ratio). Como su nombre indica, **se basa en RATIOS de diferentes tipos de eventos y es completamente ciego a la TASA ABSOLUTA de tales eventos**. El PRR mide la distribución de diferentes tipos de eventos adversos, por ejemplo, coágulos de sangre, ataques cardíacos y muertes. Si esas proporciones están muy fuera de línea con la gran variedad de reacciones a las vacunas en el pasado, PRR lo detectaría. Por ejemplo, si las nuevas "vacunas" causan un riesgo extraordinario de miocarditis, pero todo lo demás es bajo, PRR señalaría eso. Pero si la miocarditis fuera solo un riesgo entre los muchos que se han informado de vacunas pasadas, entonces PRR no lo detectaría.

El verdadero escándalo es que **PRR ignora los números absolutos de riesgo. La PRR se define de tal manera que busca PATRONES inusuales de eventos adversos, pero es completamente insensible a TASAS inusuales de eventos adversos**. Por supuesto, son las tasas y no los patrones lo que preocupa principalmente, y el PRR NO está diseñado para reflejar eso.

Por ejemplo, supongamos que tenemos 2 vacunas:

La vacuna A tiene 1 muerte reportada por millón de vacunas, 3 ataques cardíacos reportados por millón y 20 dolores de cabeza reportados por millón.

La vacuna B tiene 1 muerte reportada por cada cien vacunas, 3 ataques cardíacos reportados por cada cien y 20 dolores de cabeza reportados por cada cien.

La vacuna A es bastante segura y la vacuna B es extremadamente peligrosa. ¡Y sin embargo, la fórmula para el cálculo de PRR producirá el mismo resultado para las vacunas A y B!

Claramente, **la PRR no es un criterio apropiado para evaluar la seguridad de una vacuna en particular**. PODEMOS AFIRMAR, POR TANTO, QUE LOS DATOS ESTÁN "COCINADOS", ALGO QUE TAMBIÉN SUCEDIÓ CON LOS DATOS DE EFICACIA DE LOS SUEROS, COMO HA QUEDADO DEMOSTRADO.

Como podremos comprobar, el texto de la carta, se intepreta de diferentes maneras:

Para algunos, la FDA, realmente, no aprobó totalmente la "vacuna" de Pfizer, sino que solo 'reexaminó' su 'autorización para uso de emergencia' con otro nombre. Cada inyección contra la Covid, incluida la de Pfizer, lleva menos de un año de uso y, por definición, sigue siendo experimental. La "vacuna" de Pfizer, como la de Moderna, se basa en un experimento "novedoso" que utiliza ARN mensajero que secuestra la maquinaria de las células humanas para producir anticuerpos de pico. Nunca antes se había usado algo así en humanos, convirtiendo el

lanzamiento de la “vacuna” es un experimento gigante. El hecho es que los ensayos clínicos de Pfizer no terminan hasta mayo de 2023. Cada día surgen más preguntas sobre cuáles serán los efectos a largo plazo de la “vacuna” Pfizer en el sistema inmunológico, en la Covid, en las enfermedades crónicas, en la fertilidad, etc. Dado que nadie conoce las respuestas a estas preguntas, la “vacuna” es obviamente todavía experimental.

Para otros sí está aprobada. El documento se abre con esta declaración: “El 23 de agosto de 2021, la FDA aprobó la primera “vacuna” Covid-19. La “vacuna” se conoce como la vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19, y ahora se comercializará como Comirnaty, para la prevención de la enfermedad Covid-19 en personas de 16 años o más. La “vacuna” también sigue estando disponible bajo autorización de uso de emergencia (EUA), incluso para personas de 12 a 15 años de edad y para la administración de una tercera dosis en determinadas personas inmunodeprimidas ".

Debemos ser conscientes de que la FDA está haciendo una distinción entre lo que podríamos llamar la "vieja ‘vacuna’ Pfizer" y la "nueva ‘vacuna’ Pfizer". Son idénticos en sus ingredientes. Son la misma “vacuna”. Pero a los viales de la “vacuna vieja” se les otorgó la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) antes de la licencia completa de la “vacuna” por parte de la FDA el 23 de agosto; y los viales de la “nueva vacuna” ciertamente se usarán bajo licencia completa (aprobación). La “vacuna antigua" tiene la etiqueta "Vacuna Pfizer-BioNTech Covid-19" y la “vacuna nueva" tiene la etiqueta "COMIRNATY". Nuevamente, son exactamente la misma “vacuna”.

La “vacuna antigua” seguirá teniendo el estatus EUA: se puede inyectar en personas de 12 años o más, y se puede usar como una tercera dosis para ciertos individuos inmunodeprimidos. La “nueva vacuna”, que cuenta con la aprobación total de la FDA, CONTINÚA TAMBIÉN TENIENDO ESTADO EUA, y por lo tanto, también puede inyectarse en personas de 12 años o más, y usarse como una tercera dosis para ciertos individuos inmunodeprimidos. La “vacuna nueva" y totalmente aprobada conserva su anterior estado EUA. AMBAS están totalmente aprobadas y certificadas como un producto experimental de emergencia.

El razonamiento de la FDA podría ser el siguiente: la agencia quiere asegurarse de que los viales que lleven la etiqueta de la “vacuna nueva" totalmente aprobada se puedan inyectar en personas a las que no se les aplica la aprobación total: personas de entre 12 y 15 años y ciertas personas inmunodeprimidas, así como, para la tercera dosis. La FDA aprobó por completo la "nueva vacuna" y también retuvo la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la "nueva vacuna". Ambas.

Si hacemos un examen más detallado de los documentos de “autorización completa” hace que algunos estadounidenses se sientan engañados. Está el asunto de que Pfizer-BioNTech todavía parece tener las protecciones legales que acompañan a la autorización de uso de emergencia, todo mientras supuestamente tiene la aprobación “completa” de la FDA. ¿Cómo ha conseguido la empresa farmacéutica semejante “efecto” comercial?

Tras un examen más crítico de los documentos, parece que la empresa, con la ayuda indispensable de unos medios de comunicación cómplices y de la administración Biden, ha llevado a cabo una clásica maniobra de engaño. Examinemos el lenguaje técnico utilizado en el torpemente redactado comunicado. La nueva etiqueta para la "vacuna" "totalmente autorizada" se llama "Comirnarty".

El 11 de diciembre de 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) emitió una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) para el uso de emergencia de la "vacuna" de Pfizer-BioNTech Covid-19 para la prevención de la Covid-19 en individuos de 16 años de edad y mayores de acuerdo con la Sección 564 de la Ley, declaró la FDA en una carta a la Directora Senior Global de Pfizer, la Sra. Elaine Harkins. La FDA volvió a emitir la carta de autorización el: 23 de diciembre de 2020, el 25 de febrero de 2021, el 10 de mayo de 2021, el 25 de junio de 2021 y el 12 de agosto de 2021.

El 23 de agosto de 2021, la FDA aprobó la solicitud de licencia de productos biológicos (BLA) presentada por BioNTech Manufacturing GmbH para COMIRNATY ("vacuna" Covid-19, ARNm) para la inmunización activa para prevenir la Covid-19 causada por el SARS-CoV-2 en individuos de 16 años o más.

La doctoranda en bioquímica y biología molecular Kathleen Lee captó el cambio de lenguaje y decidió presionar más. "Llamé al número de Pfizer BioNtech 1-800-666-7248. La grabación dice claramente que no ha sido aprobado por la FDA. El BNT162B2 de Pfizer está todavía bajo la autorización de uso de emergencia. Esto aclara esa desordenada autorización de la FDA entre Comirnaty y Pfizer BioNtech. Pasando por alto la extraña elección de un código de área, decidí llamar y confirmé que esto sigue siendo así. Pero podría tratarse de una grabación antigua". Lee continuó expresando su análisis de la aparente discrepancia. "Es un engaño, si el vial dice Comirnaty, está aprobado por la FDA. Si el vial dice Pfizer BioNtech, está bajo aprobación de uso de emergencia y no están sujetos a la responsabilidad. Primero hay que deshacerse de millones de dosis".

Si el próximo lote de "vacunas" que se dispensa se produjera bajo la etiqueta de Cominarty, entonces eso parecería reconciliar la cuestión. Aunque ese no es el caso. Escondido en las notas a pie de página de los documentos de Pfizer-BioNTech hay una nota que pone en perspectiva que las "vacunas" actualmente etiquetadas todavía están bajo la autorización de uso de emergencia (EUA). Aunque COMIRNATY ('Vacuna' Covid-19, ARNm) está aprobada para prevenir la Covid-19 en individuos de 16 años o más, no hay suficiente "vacuna" aprobada disponible para su distribución a esta población en su totalidad en el momento de la reedición de esta EUA. Además, no hay productos aprobados para prevenir la Covid-19 en individuos de 12 a 15 años, o que estén aprobados para proporcionar una dosis adicional a la población inmunocomprometida descrita en esta EUA.

El abogado Robert Barnes llegó al meollo de la cuestión en un post: "No hay una "vacuna" autorizada 'disponible' aprobada por la FDA. Esto es lo que está sucediendo. Si la FDA aprobara y autorizara la "vacuna" Covid-19, tendría que revocar las "vacunas" de EUA y someter al fabricante de "vacunas" a un mayor

riesgo de responsabilidad. Así que sólo aprobó una futura "vacuna" que no está 'disponible', ¿cómo va a haber vacunas de cualquier EUA si la ley no las permite si hay una vacuna autorizada disponible?"

Dr. Paul Craig Roberts: "Los especuladores de la 'vacuna' Covid afirman que ahora que la 'vacuna' está oficialmente aprobada, puede ser obligatoria. Esto es falso por dos razones:

- Una razón es que todos **los procedimientos médicos, que incluyen la inoculación, requieren bajo la ley "consentimiento informado". Por lo tanto, la "vacunación" no puede ser legalmente obligatoria**. Las corporaciones estadounidenses están tratando de sortear la ley diciendo que no requieren que nadie se "vacune", pero si elige trabajar para la corporación, la "vacunación" es una condición de empleo.

- La otra razón es que **la FDA no dio la aprobación final a las existencias que quedan de la "vacuna" de Pfizer. Este suministro fue autorizado solo bajo uso de emergencia y permanece bajo esa autorización**. La FDA reautorizó o renovó la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de las existencias existentes.

La FDA diferencia entre la "vacuna" EUA, que protege a Pfizer de la responsabilidad, y la "vacuna" aprobada, con el nombre de Comirnaty. Las "vacunas" son las mismas, pero a la aprobada no se le ha dado inmunidad de responsabilidad, por lo que hay una diferencia legal. Es poco probable que Pfizer comercialice Comirnaty hasta que pueda obtener inmunidad de responsabilidad por la aprobada. Mientras tanto, hay un suministro de la vacuna autorizada por la EUA para ser utilizada.

La conclusión es que **la "vacuna" actualmente en uso y producida bajo la autorización de la EUA no tiene la aprobación final de la FDA**. **Para Comirnaty aprobado y aún por producir, Pfizer es responsable de muertes y lesiones**. **Por lo tanto, las dosis de la nueva producción aprobada no están disponibles. La FDA y las farmacéuticas cuentan con que los no "vacunados", así como los médicos, no noten la distinción y vayan por la "vacuna" EUA no aprobada pensando que finalmente está aprobada y, por lo tanto, es segura**.

En una carta escrita por el Dr. Robert Malone (no olvidemos que es el inventor de las vacunas de ARNm), tras la supuesta autorización a la "vacuna" de Pfizer, explica una serie de detalles muy interesantes que ahondan en lo expuesto anteriormente:

NO OFRECE APROBACIÓN TOTAL. Extiende la EUA (autorización de emergencia) para permitir el suministro de Pfizer bajo EUA debido al suministro limitado de la versión BioNTech. "Los productos son legalmente distintos con ciertas diferencias que no afectan la seguridad ni la eficacia (página 2, carta de Pfizer):

- Aquí la FDA admite que la "vacuna" Pfizer con licencia y la "vacuna" autorizada de Pfizer son idénticas en cuanto a seguridad / eficacia, pero son "legalmente distintas".

- Ese es el "código" que les permite que en uno de los casos tenga responsabilidad del fabricante, y en el otro no. También es un "código" para cubrirse; "**no queremos imponer un mandato al producto EUA porque es ilegal, pero probablemente podamos salirnos con la nuestra con un mandato sobre el producto con licencia**".

- Página 12 AA (Condiciones con respecto al uso del producto con licencia). Esto le dice que sí, autorizamos la "vacuna", pero hay una gran cantidad de la vieja "vacuna" por ahí, en realidad "una cantidad significativa" y esta cantidad, se considerará bajo una EUA y se seguirá utilizando.

- ¿Por qué harían eso? ¿Por qué especificar que versiones idénticas del producto serán legalmente diferentes? Porque **necesitan la licencia para imponer los mandatos, pero necesitan la EUA para evadir la responsabilidad**.

- **Junto con la licencia viene la responsabilidad del fabricante, si bien todos los productos EUA recibieron un escudo de responsabilidad**.

- Desafortunadamente, nuestros gobiernos preferirían que nos quedemos sin recursos si nos lesionamos con las "vacunas", en lugar de que Pfizer defienda su producto en los tribunales. **Quieren que pensemos que la "vacuna" que estamos recibiendo tiene licencia, lo que hará que las personas se presenten a "vacunarse" porque piensan que ahora puede ser obligatorio, pero en cambio, es casi seguro que recibiremos los viales de EUA en su lugar, para salvar a Pfizer**. Existe un programa de lesiones CICP, pero aún no ha pagado por una sola lesión de la "vacuna" Covid.

Señala además otros puntos importantes respecto al anuncio de la FDA:

- Las afirmaciones de eficacia se basan en datos obsoletos.

- La decisión es prematura, respecto a los riesgos de miocarditis y pericarditis.

- El monitoreo continuo de los datos de seguridad de la FDA es inadecuado.

- Los riesgos del embarazo siguen sin conocerse.

- Esta fue una acción dilatoria motivada políticamente por la FDA.

- ¿Por qué no aprobar también la versión de Pfizer? ¿Por qué dejarlo bajo EUA?

- Cuando la prensa dice que "la vacuna Pfizer está totalmente aprobada", realmente, no lo está.
- THE BLA (Biologics License Application) reconoce problemas de miocardio a largo plazo con un seguimiento de 5 años consistente con el rango más bajo para LTFU para productos de terapia génica.

  ¿La FDA está reconociendo la clasificación de la terapia génica? **Estos productos han sido clasificados por la FDA como productos de terapia genética que requieren hasta 15 años de seguimiento a largo plazo en estudios. Esto fue reconocido por Moderna en su presentación del segundo trimestre de 2020**.
- **Se sabe que la detección de señales de seguridad mediante análisis de desproporcionalidad (PRR) es inadecuada**.
- Utilizando métodos publicados por los CDC, normalizando para las personas “vacunadas”, Children's Health Defense calcula que hay 176 veces más informes en VAERS de muertes asociadas con las vacunas C19 que de las vacunas contra la gripe. 35 veces el número de H1N1.
- Además, utilizando datos del Ministerio de Salud de Israel, combinados con el estudio de Dagan, hemos estimado entre 35-86 000 EXCESO de muertes en Estados Unidos, debido a Covid en los “vacunados” (> = 1 dosis)
- Rango total de muertes que pueden estar asociadas con las “vacunas” C19: 65 000-176 000 (no se puede asignar causalidad).
- Se debe tener en cuenta el total de muertes por C19 en Estados Unidos. Desde el inicio de la “vacunación”: alrededor de 300 000.
- Estas alarmantes señales de seguridad, relacionadas con la muerte, junto con una serie de eventos cardíacos, neurológicos y tromboembólicos justifican la adopción del término: **Síndrome Posvacunal Covid**.

Las pruebas de las “vacunas” Moderna y Pfizer se realizaron, como es habitual, con un grupo de control, es decir, con un grupo dentro del ensayo que recibió un placebo y no la “vacuna” de prueba. Sin embargo, **durante el ensayo, las farmacéuticas decidieron romper el protocolo y notificar al grupo de control que no estaban “vacunados”, por lo que a casi todo el grupo de control se le administró la “vacuna”**.

Según ha informado la NPR, la radio pública de los Estados Unidos, **la disolución intencional del grupo placebo viola el propósito científico de probar si la “vacuna” tiene alguna eficacia; cualquier beneficio real y/o problemas de seguridad no podrá ser evidenciado, ya que sin un grupo de control, no hay nada con lo que comparar al grupo vacunado.**

Para que quede clara la gravedad de la decisión adoptada y la metodología empleada, la autorización y aprobación final de la agencia

norteamericana del medicamento (FDA) para las "vacunas" se basa en el resultado de estos ensayos, por lo que no hay forma de medir la eficacia, efectividad o seguridad de la vacuna en sí.

No queda nadie dentro del grupo de control, que dé un valor estadísticamente válido, para proporcionar una comparación adecuada de los resultados para personas vacunadas frente a las no vacunadas.

¿Cómo puede considerarse eficaz la "vacuna" cuando no hay un grupo de personas no "vacunadas" con las que comparar los resultados?

El British Medical Journal [BMJ] anunciaba que la FDA estaba preparada para otorgar la aprobación total a la "vacuna" Pfizer **sin discusión pública de los datos**:

"Los defensores de la transparencia han criticado la decisión de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) de no celebrar una reunión formal del comité asesor para discutir la solicitud de Pfizer para la aprobación total de su 'vacuna' Covid-19"

La "vacuna" ya se ha inoculado a millones de los estadounidenses a través de una autorización de uso de emergencia. **Las empresas suelen solicitar la aprobación después de que haya transcurrido un período más largo para que haya más datos disponibles para su revisión.**

Kim Witczak, una defensora de la seguridad de los medicamentos que se desempeña como representante del consumidor en el Comité Asesor de Drogas Psicofarmacológicas de la FDA, dijo que la decisión eliminó un mecanismo importante para examinar los datos. "**Estas reuniones públicas son imprescindibles para crear confianza y seguridad, especialmente cuando las "vacunas" llegaron al mercado a la velocidad del rayo con una autorización de emergencia**. **Estas reuniones ofrecen una plataforma donde se puedan plantear preguntas, problemas abordados y datos examinados de antemano, antes de cualquier aprobación**". **Witczak** es uno de los más de 30 signatarios de una petición ciudadana pidiendo a la FDA que se abstenga de aprobar completamente cualquier "vacuna" Covid-19 este año para recopilar más datos. Ella advirtió que sin una reunión: "No tenemos idea de cómo se ven los datos". "Es preocupante que se esté recibiendo la aprobación total basada en datos de 6 meses a pesar de que los ensayos fueron diseñados para dos años". "**La aprobación total de las "vacunas" Covid-19 debe realizarse en un foro público abierto para que todos lo vean. Podría establecer un precedente muy peligroso de estándares reducidos para futuras aprobaciones**". En dicha petición se indicaban lo siguientes puntos a realizar antes de cualquier autorización:

- Completar al menos 2 años de seguimiento de los participantes inscritos originalmente en ensayos clínicos fundamentales, incluso si los ensayos fueron cegados y ahora carecen de un control de placebo. Todos los

ensayos de fase 3 del fabricante de "vacunas" ya se diseñaron con esta duración planificada.

- Asegurarse de que exista evidencia sustancial de efectividad clínica que supere los daños en poblaciones especiales tales como: lactantes, niños y adolescentes; aquellos con infección anterior por SARS-CoV-2; inmunodeprimidos; mujeres embarazadas; mujeres en lactancia; adultos mayores frágiles; e individuos con cáncer, trastornos autoinmunitarios y afecciones hematológicas.

- Una evaluación de seguridad completa de la proteína Spike que se produce in situ por los tejidos corporales después de la administración de la "vacuna", y la biodistribución completa de dicha proteína, la farmacocinética y la toxicidad específica del tejido.

- Finalización de los estudios de biodistribución de la "vacuna" desde el lugar de administración e implicaciones de seguridad de la traducción del ARNm en tejidos distantes.

- Investigación exhaustiva tanto de todas las reacciones adversas graves notificadas después de la "vacunación", como de las muertes, notificadas en los sistemas de farmacovigilancia de los Estados Unidos y el mundo.

- Evaluación de la seguridad en personas que reciben más de dos dosis.

- Inclusión de expertos en terapia y administración de genes en el Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC), en reconocimiento del hecho de que las nuevas "vacunas" Covid funcionan sobre la premisa de la administración de genes, a diferencia de las vacunas convencionales.

- Hacer cumplir estrictos requisitos de conflicto de intereses para garantizar que las personas involucradas en el análisis de datos y los procesos de toma de decisiones relacionados con BLA no tengan ningún conflicto de intereses con los fabricantes de "vacunas".

Una "vacuna" Covid-19 debe ser aprobada cuando, y solo cuando, haya evidencias sustanciales que demuestren que los beneficios del producto superan los daños para la población receptora indicada; es decir que: garantizar el acceso a las "vacunas" una vez finalizada la emergencia de salud pública, o garantizar el acceso adecuado a las "vacunas" en toda la población, o para habilitar mandatos de "vacunas" o para reforzar la confianza del público, NO SON RAZONES VÁLIDAS PARA AUTORIZAR NINGUNA "VACUNA", por mucho que las autoridades o los medios de "comunicación" estén empeñados en decir lo contrario, ellos venden propaganda, pero la ciencia la desmiente una vez más.

El Dr. David Martin advirtió que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó una "vacuna" contra el coronavirus (Covid-19) que no existe.

"Cuando los miembros de la corriente principal sugieren que esta aprobación ha puesto repentinamente lo que está en los congeladores de todo el mundo en un estado aprobado, eso en realidad no es cierto". Comirnaty no existe", dijo Martin, refiriéndose al nombre de marca de la "vacuna" Pfizer que recibió la aprobación total de la agencia federal. "La aprobación es para la producción futura de la 'vacuna' Covid".

"La sección de dónde se puede fabricar y cuándo se puede fabricar está redactada, lo cual es inusual dado el hecho de que se supone que una carta de aprobación es un anuncio público que hace que estas cosas sean visibles".

La confusión provocada por la aprobación se vio agravada por la extensión de la autorización de uso de emergencia (EUA) para la "vacuna" Pfizer utilizada para niños de entre 12 y 15 años, así como para Moderna y Johnson & Johnson. "Vacunas" para Covid-19.

"El mandato de EUA tiene validez hasta que haya alternativa clínica. En el momento en que haya una aprobación, las protecciones EUA para Moderna y Johnson & Johnson dejarían de existir instantáneamente".

En su carta de aprobación, la FDA reconoció que hay "una cantidad significativa"de la "vacuna" Pfizer Covid-19 producida bajo EUA todavía disponible para su uso. La FDA dictaminó que la "vacuna" Covid-19 de Pfizer bajo la EUA debe permanecer sin licencia pero puede usarse "indistintamente" con Comirnaty.

Dadas las circunstancias, estaba claro que la concesión de la aprobación total fue un movimiento calculado por parte del gobierno para alentar a las empresas y escuelas a imponer mandatos de "vacunas" y permitir que Pfizer descargue inventarios de su "vacuna" Covid-19 bajo EUA. La administración de Biden está presionando para que los estudiantes se "vacunen".

Diana Zuckerman, presidenta del Centro Nacional de Investigación en Salud, quien también ha hablado en reuniones recientes de VRBPAC: "Es obvio que la FDA no tiene la intención de escuchar la opinión de nadie más. Pero si toma decisiones a puerta cerrada, puede alimentar la vacilación. **Es importante tener una discusión pública sobre qué tipo de datos hay y cuáles son las limitaciones. Cuando pensamos en riesgo versus beneficio, necesitamos saber**".

Joshua Sharfstein, vicedecano de práctica de salud pública y participación comunitaria en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg y excomisionado adjunto de la FDA durante la administración Obama, dijo que **las reuniones del comité asesor** eran más que una forma de recibir aportes científicos de expertos externos. "También es una oportunidad para educar al público sobre el importante trabajo que la FDA ha realizado al revisar una enorme cantidad de datos sobre un producto". "Es **una oportunidad para que se hagan y respondan preguntas, lo que genera confianza pública**". "Si no hay reuniones del comité asesor antes de la concesión de la licencia, la FDA

debería considerar tomar medidas adicionales para explicar la base de sus decisiones al público".

El 18 de agosto, antes de la noticia de que la FDA no celebraría una reunión formal del comité, el presidente de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América, **Barbara** Alexander, elogió el impacto de las **reuniones del VRBPAC** como "**una parte crítica y necesaria**" del proceso para evaluar si se deben administrar dosis de refuerzo.

El Dr. Paul E. Alexander es un antiguo miembro de la Universidad McMaster de Canadá y ahora es el director de Medicina Basada en la Evidencia y Metodología de la Investigación de la Fundación Verdad por la Salud. En una conferencia emitida el jueves día 26 de agosto de 2021 en LifesiteNews, criticó el método y los plazos con los que las "vacunas" Covid han sido aprobadas y puestas a disposición del público en general. "Normalmente las 'vacunas' tardan entre 8, 10, 12 y hasta 15 años desde su concepción, antes de ser producidas en masa. Pero ahora mismo tenemos una situación en la que tenemos a los desarrolladores de 'vacunas' de manita con la FDA y los NIH y los CDC, hasta el punto de que han llevado las "vacunas" al público en tres o cuatro meses, lo cual, es un verdadero problema debido a la falta de información contrastada sobre la eficacia de las "vacunas'".

El investigador advirtió del peligro de contar simplemente con la eficacia de un medicamento para demostrar su utilidad y seguridad. De hecho, dijo que "tal vez sea más importante tener en cuenta la evidencia de los daños, y si esos daños, esos riesgos, superan a los beneficios, entonces ese dispositivo médico, ese medicamento, esa vacuna, no puede salir al mercado. Ese ensayo tiene que detenerse. Si al realizar la parte de seguridad del ensayo vemos que los riesgos son mucho mayores que los beneficios, entonces es un problema. Y en ese caso, hay que detener el ensayo. En este caso, para estos ensayos de "vacunas", no se hicieron las pruebas adecuadas con animales, ni las pruebas de seguridad adecuadas. La duración del seguimiento claramente no existe. No podemos afirmar adecuadamente cuáles son las señales de seguridad… porque simplemente no se estudió. La información no está disponible para nadie, ni para el público, ni para los científicos, ni para los médicos. Sólo nos basamos en lo que dicen los desarrolladores de la "vacuna" y la FDA".

A raíz de los informes sobre el aumento de las lesiones después de tomar una inyección de Covid, Alexander dijo que la FDA "parece estar fallando al público estadounidense porque no está haciendo la debida diligencia y protegiendo al público estadounidense". **Este incumplimiento de los protocolos de seguridad es tan atroz que el experto médico sugirió que se había infringido el Código de Nuremberg, el código ético internacional redactado en 1947 tras los Juicios de Nuremberg**. Los fabricantes de las 'vacunas' Covid actualmente disponibles decidieron eludir el uso de estudios en animales, estudios de toxicidad adecuados, estudios farmacodinámicos; los estudios de toxicidad reproductiva tampoco se hicieron para estas "vacunas" Covid. **Los participantes deben estar debidamente informados para poder**

dar su consentimiento informado y eso significa explicar al participante los beneficios y los daños. Vacunarse no es simplemente 'siéntate ahí, súbete las mangas y deja que te ponga este pinchazo'. Vacunarse implica que te expliquen los beneficios y los daños en función de tu propio perfil de riesgo; tiene que ser alguien que te conozca, como tu proveedor de servicios médicos, tu clínico, etc., no alguien que trabaje en una farmacia CVS o en un Wal-Mart o en un aparcamiento para coches. Es realmente incomprensible lo que se ha hecho ahora. La FDA en este momento se encuentra en una posición muy cuestionable, especialmente con este presidente que ahora está presionando para dar la aprobación completa de la FDA a Pfizer, lo cual, dio sus frutos el lunes cuando la FDA concedió a la "vacuna" de ARNm de Pfizer su aprobación completa".

Deborah Conrad, una asistente médica con sede en Nueva York, dijo en la conferencia que el hospital en el que trabaja ha visto llegar a "**cantidades sin precedentes de pacientes" con afecciones que normalmente no afectarían a alguien de su edad o sin antecedentes de mala salud, todos los cuales se habían "vacunado" contra la Covid. En consecuencia, ver que la FDA aprueba la inyección de Pfizer es «aterrador para mí**". A partir de marzo de 2021 aproximadamente, empezó a encontrar entre los pacientes mayores niveles de "**hipoglucemia... insuficiencia renal, estamos viendo muchas sepsis... infecciones del tracto urinario, embolias pulmonares... accidentes cerebrovasculares idiopáticos**. Los pacientes suelen preguntar si la "vacuna" es la culpable de su repentina afección. Vemos cosas raras, extrañas, y no hay ninguna razón. Podría ser un par de semanas después de la "vacunación". Podría ser seis semanas después de la "vacunación". Podría ser meses después".

Existe una gran diferencia en el mundo real entre los productos aprobados por la EUA en comparación con los que la FDA ha autorizado en su totalidad. Los productos EUA son experimentales según la ley de Estados Unidos. Tanto el Código de Nuremberg como las regulaciones federales establecen que nadie puede obligar a un ser humano a participar en este experimento. Bajo 21 Código de EE. UU. Sec.360bbb-3 (e) (1) (A) (ii) (III), "autorización para productos médicos para uso en emergencias", es ilegal negarle a alguien un trabajo o una educación porque se niega ser un sujeto experimental. En cambio, **los destinatarios potenciales tienen el derecho absoluto de rechazar las "vacunas" EUA. Las leyes estadounidenses, sin embargo, permiten que los empleadores y las escuelas exijan a los estudiantes y trabajadores que tomen "vacunas" autorizadas**. **Las "vacunas" Covid aprobadas por la EUA tienen un escudo de responsabilidad extraordinario bajo la Ley de Preparación Pública de 2005**. Los fabricantes, distribuidores, proveedores y planificadores gubernamentales de vacunas son inmunes a la responsabilidad. La única forma en que una parte lesionada puede demandar es si puede probar una mala conducta intencional y si el gobierno de los Estados Unidos también ha iniciado una acción judicial contra la parte por mala conducta intencional. Ninguna demanda de este tipo ha tenido éxito. El Gobierno ha creado un programa de compensación extremadamente tacaño, el Programa de Compensación por Lesiones de Contramedidas, para reparar las lesiones de todos los productos EUA. Los parsimoniosos administradores del programa han compensado a menos del

4% de los solicitantes hasta la fecha, y ni una sola lesión por la “vacuna” Covid, a pesar de que los médicos, las familias y los receptores de la “vacuna” lesionados han informado más de 600 000 lesiones por la “vacuna” Covid.

Parece que la FDA ejecutó un ardid inteligente en el que emitió fallos separados para una “vacuna” de Pfizer Inc.-BioNTech que se usa ampliamente en los Estados Unidos y otro fallo para una “vacuna” similar del socio y desarrollador de la plataforma de ARNm de Pfizer con sede en Alemania. BioNTech de Mainz. **Solo BioNTech obtuvo la aprobación de la FDA, pero condicionada a la finalización de una serie de pruebas adicionales en grupos selectos, incluidos bebés, mujeres embarazadas y jóvenes, para 2027**. **La “vacuna” de Estados Unidos, Pfizer-BioNTech Covid-19, solo obtuvo la extensión de su Autorización de uso de emergencia (EUA), ino aprobación completai**

El Dr. Robert Malone, recientemente a añadido a lo dicho: “Hay una carta para Pfizer y una carta para BioNTech. El New York Times y el Washington Post se equivocaron. **La autorización no es para Pfizer. La autorización es para BioNTech y solo se iniciará en el momento en que el producto BioNTech esté disponible"**.

Al menos por el momento, la “vacuna” Pfizer Comirnaty no tiene protección de responsabilidad. Los viales del producto de marca, que dicen "Comirnaty" en la etiqueta, están sujetos a las mismas leyes de responsabilidad del producto que otros productos estadounidenses. Las vacunas para adultos con licencia, incluida la nueva Comirnaty, no gozan de ningún escudo de responsabilidad, las personas lesionadas por la “vacuna” Comirnaty podrían demandar por daños y perjuicios. Por lo tanto, es poco probable que Pfizer permita que cualquier estadounidense tome una “vacuna” Comirnaty hasta que de alguna manera pueda arreglar la inmunidad para este producto.

Los estadounidenses, a quienes se les haya dicho que la “vacuna” Pfizer Covid ahora tiene licencia, asumirán comprensiblemente que los mandatos de la “vacuna” Covid son legales. Pero solo las “vacunas” autorizadas por la EUA, por las que nadie tiene ninguna responsabilidad real, estarán disponibles durante las próximas semanas cuando se cumplan muchos plazos de mandato escolar.

Si bien los medios de comunicación han proclamado que la FDA ha aprobado las “vacunas” Covid, la FDA no ha aprobado las “vacunas” Pfizer BioNTech, ni ninguna “vacuna” Covid para el grupo de edad de 12 a 15 años, ni ninguna dosis de refuerzo para nadie.

Veamos que es lo que piensa la gente de la credibilidad de la FDA y los CDC en función de las acciones durante la pandemia; la mejor forma es analizando también lo que piensan los profesionales sanitarios:

La confianza en los ambas instituciones ha disminuido drásticamente durante la pandemia de Covid-19 entre los profesionales de la salud, según una encuesta de junio de WebMD / Medscape.

De las casi 2000 enfermeras estadounidenses encuestadas entre el 25 de mayo y el 3 de junio, el 77% dijo que su confianza en los CDC ha disminuido desde el inicio de la pandemia y el 51% dijo que su confianza en la FDA ha disminuido. De manera similar, de casi 450 médicos estadounidenses encuestados en el mismo período de tiempo, el 77% dijo que su confianza en los CDC ha disminuido y el 48% dijo que su confianza en la FDA ha disminuido.

Además de la falta de confianza, muchos profesionales de la salud dijeron que no estaban de acuerdo con las acciones de los CDC y la FDA sobre Covid-19. Aproximadamente la mitad de los médicos y enfermeras dijeron que no estaban de acuerdo con la toma de decisiones de la FDA durante la pandemia, en comparación con el 36% de los lectores de WebMD. Casi el 60% de los médicos y el 65% de las enfermeras dijeron que no estaban de acuerdo con las pautas generales para la pandemia de los CDC, mientras que el 39% de los lectores de WebMD opinaban lo mismo.

Un artículo muy nuevo se titula "Cómo la falta de transparencia de la FDA socava la confianza pública". Un ex funcionario de la FDA dijo lo siguiente:

“Como estadounidenses, entendemos que se requiere un cierto nivel de secreto para aspectos particulares del gobierno federal, como el ejército, la seguridad nacional y áreas relacionadas. Sin embargo, este tipo de secreto no debe incluir decisiones de salud pública, decisiones de la FDA y otras ciencias de la salud. Desafortunadamente, nuestra FDA lo ve de manera diferente. Cualquiera que desee obtener documentos de la FDA debe pasar por una larga espera y rellenar innumerables solicitudes de FOIA para obtenerlos. Pero la mejor pregunta es: ¿Por qué la FDA no comparte de manera proactiva todo lo relacionado con la salud pública? Aún más problemático, cuando uno pasa por la FOIA, los registros de la FDA a menudo se redactan de manera absurda hasta el punto de la hilaridad. En la misma línea que su falta de transparencia documental”.

Una encuesta en mayo encontró que solo el 52% de los estadounidenses tiene mucha confianza en los CDC. Otras agencias de salud fueron incluso más bajas: solo el 37% de los estadounidenses dijeron que tenían mucha confianza en los Institutos Nacionales de Salud o la FDA. La encuesta encontró que la confianza no es solo un problema para las agencias federales de salud. Los departamentos de salud estatales tienen la confianza del 41% de los estadounidenses, y los departamentos de salud locales solo lo hicieron un poco mejor con un 44%.

En una encuesta realizada en julio, se encontró que una fracción significativa de los estadounidenses ha perdido su confianza en los funcionarios de salud pública. La encuesta realizada a 1000 estadounidenses entre el 30 de junio y el 1 de julio de 2021 encontró que uno de cada tres encuestados dudaba que las “vacunas” para Covid-19 fueran tan seguras como las describe el gobierno. Cuando se les preguntó si pensaban que “los funcionarios de salud pública están mintiendo sobre la seguridad de las ‘vacunas’ Covid-19”, el 32% de los encuestados estuvo de acuerdo y el 20% no estaba muy seguro.

Entre los que no confían en el nivel de seguridad anunciado por las autoridades, el 21% eran personas "vacunadas" y la mitad no estaban "vacunadas". Mientras tanto, los que pretendían seguir rechazando la "vacunación" constituían el 60%. Casi dos tercios de los encuestados (62%) confirmaron que estaban completamente "vacunados", mientras que el 32% no habían recibido las dosis.

En otra encuesta también realizada en julio, se buscaron las opiniones sobre la FDA. Una encuesta de 252 especialistas en dermatología, gastroenterología, nefrología, neurología y reumatología reveló que la confianza en la FDA está disminuyendo rápidamente. Solo el 36% expresa un alto nivel de seguridad en la agencia, y casi la mitad informa que su confianza en la FDA se ha erosionado en el último año. El sentimiento es más negativo en lo que se refiere a ser imparcial / apolítico, la velocidad de las revisiones de la Solicitud de Nuevos Medicamentos (NDA) y la transparencia con la comunidad médica. La insatisfacción parece provenir de movimientos impredecibles e inesperados de la agencia, que difieren según la especialidad.

Lo que podemos sacar como conclusión de todas estas encuestas y del análisis de las decisiones tomadas desde el inicio de la pandemia, es que en el caso de los CDC y la FDA: "Cuando el río suena, es porque la cantidad de agua que lleva es masiva". La credibilidad que tienen es nula y se la han ganado a pulso, siendo la guinda del pastel, la autorización o no autorización del suero experimental de Pfizer. Los datos de seguridad y eficacia, son desastrosos y aún así…Hay un dato que lo explica absolutamente todo; que **la campaña de vacunación masiva contra la gripe porcina pandémica de 1976 se canceló después de que murieran solo 53 personas**. ¿Por qué en este caso no sucede lo mismo con miles de muertos y millones de afectados por los eventos adversos que ocasionan las "vacunas" antiCovid, de los cuales, encima, más de la mitad son graves? Que cada uno saque sus propias conclusiones.

El senador Ron Johnson (R-Wis.), envió el jueves una carta a la Dra. Janet Woodruff, comisionada interina de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), exigiendo respuestas a cinco preguntas muy lógicas, relacionadas con la aprobación de la FDA de la "vacuna" Covid de Pfizer Comirnaty y que resumen perfectamente todas las inquietudes que podemos tener:

¿Por qué la FDA no otorgó la licencia completa para la "vacuna" Pfizer-BioNTech que está en uso y disponible en los Estados Unidos?

¿En qué se "diferencian legalmente" las "vacunas" Covid-19 de Comirnaty y Pfizer-BioNTech y cuáles son las "ciertas diferencias"?

No hay duda de que la acción de la FDA dará lugar a más mandatos de "vacunas" y una mayor presión sobre aquellos que actualmente eligen no "vacunarse". Su carta a Pfizer sugiere que "no hay suficientes "vacunas" aprobadas disponibles para su distribución". ¿Existe suficiente suministro en los Estados Unidos de la "vacuna" Comirnaty para garantizar que quienes se vacunen según los mandatos

reciban la versión aprobada por la FDA? ¿O es más probable (o seguro) que se "vacunen" con la "vacuna" administrada bajo la EUA reemitida?

Si hay un suministro insuficiente de "vacunas" comunitarias para quienes sucumben a la coerción de los mandatos, ¿no está la FDA respaldando de facto los mandatos de "vacunas" que utilizan "vacunas" EUA?

¿Se otorgarán las mismas protecciones legales a las personas que reciban cualquiera de las "vacunas" si resultan lesionadas por la "vacuna"? ¿Si no, porque no?

Si la "vacuna" de Pfizer-BioNTech está siendo tratada como una "vacuna" "totalmente autorizada", entonces ya no debería recibir las protecciones que ofrece la EUA. Hay una manera de que el pueblo estadounidense pueda averiguarlo con seguridad, que la gente empiece a demandar.

El Dr. Peter McCullough y otros importantes expertos médicos mencionaron la necesidad "urgente" del público de obtener información confidencial sobre la "vacuna" Covid de Pfizer.

Un grupo de médicos y científicos médicos altamente capacitados presentó una demanda contra la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para obtener los datos 'en los que la FDA confía para autorizar la vacuna Pfizer'.

En una demanda presentada el pasado 16 de septiembre en la Corte de los Estados Unidos del Distrito Norte de Texas, un grupo de médicos y científicos llamado Salud Pública y Profesionales Médicos para la Transparencia (PHMPT), demandó a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para obtener los datos y la información que se utilizan para justificar la aprobación de la "vacuna" experimental de Pfizer contra el Covid-19.

"La comunidad médica y científica y el público tienen un interés sustancial en revisar los datos y la información subyacentes a la aprobación de la vacuna Pfizer por parte de la FDA", se lee en la demanda.

"La revisión de esta información resolverá el debate público en curso sobre la idoneidad del proceso de revisión de la FDA", agrega la demanda. "La publicación de estos datos también debería confirmar la conclusión de la FDA de que la 'vacuna' Pfizer es segura y eficaz y, por lo tanto, aumenta la confianza en la 'vacuna' Pfizer".

Dado que la FDA es una agencia gubernamental, la demanda le recuerda al tribunal que el público tiene derecho a obtener y revisar todos los datos de la FDA según la Ley de Libertad de Información (FOIA).

El PHMPT, cuyas filas contienen más de dos docenas de profesionales estimados, entre ellos: el epidemiólogo de la Universidad de Yale, el Dr. Harvey Risch, el Director de Ética Médica de la Universidad de California, el Dr. Aaron Kheriaty, y el distinguido cardiólogo, el Dr. Peter McCullough, informó al tribunal que la FDA

negó su 9ª Solicitud de libertad de información FOIA para que la información se "acelere" alegando que el grupo "no demostró una necesidad imperiosa que implique una amenaza inminente a la vida o la seguridad física de un individuo".

La demanda en sí dice que las "vacunas", que no terminan las pruebas clínicas hasta 2023, han sido "encomendadas a personas de todo el país por el gobierno federal, el gobierno local, empleadores públicos y privados, universidades, escuelas y varias otras instituciones", por tanto, es de extrema urgencia que los datos se divulguen y difundan al público.

La FDA ha pedido a un juez federal que **haga esperar al público hasta el año 2076 para revelar todos los datos y la información en la que se basó para obtener la licencia de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer**. Eso no es un error tipográfico. Quiere 55 años para producir esta información al público.

La FDA prometió repetidamente " transparencia total " con respecto a las "vacunas" Covid-19, incluida la reafirmación del "compromiso de la FDA con la transparencia" al otorgar la licencia de la "vacuna" Covid-19 de Pfizer.

Con esa promesa en mente, en agosto e inmediatamente después de la aprobación de la "vacuna", más de 30 académicos, profesores y científicos de las universidades más prestigiosas de este país solicitaron los datos e información presentados a la FDA por Pfizer para licenciar su "vacuna" Covid-19.

¿La respuesta de la FDA? No existe. Entonces, en septiembre, la firma del abogado Aaron Siri, presentó una demanda contra la FDA en nombre de este grupo para exigir esta información. Hasta la fecha, casi tres meses después de obtener la licencia de la "vacuna" de Pfizer, la FDA aún no ha publicado una sola página.

El gobierno federal protege a Pfizer de la responsabilidad. Le da miles de millones de dólares. Hace que los estadounidenses tomen su "producto". Pero no le permitirá ver los datos que respaldan la seguridad y eficacia de su producto.

Conflicto de intereses

En septiembre de 2016 Bill & Melinda Gates Foundation donó a la multinacional farmacéutica Pfizer Inc un capital de 16 millones y medio de dólares para la investigación de una vacuna para proteger a los recién nacidos contra el estreptococo B. La vacuna aún no se ha desarrollado. Existe un documento muy importante de la Comisión Nacional del Mercado de Valores de los Estados Unidos de febrero de 2020 en el que la empresa BioNTech, que colabora con Pfizer en la fabricación de una de las "vacunas" contra el virus, presenta una oferta de venta de 6 000 000 de acciones en los Estados Unidos. De ese documento llaman la atención, en un primer vistazo, dos cosas muy importantes. La primera, las fechas en las que comenzaron sus acuerdos de colaboración con Pfizer y los objetivos, que no parecen demasiado casuales. En uno de los puntos del documento, en el punto 2 de la página 150, dice: "Hemos colaborado con terceros para explotar las propiedades inmunoterapéuticas de nuestra clase de

medicamentos de ARNm para el tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas. Esperamos llevar nuestra vacuna contra la gripe a la clínica para fines de 2020 y nuestros primeros programas bajo nuestra colaboración con Penn en la clínica para la primera mitad de 2021". Y añaden "Vacuna contra la influenza: en agosto de 2018, firmamos una colaboración con Pfizer para desarrollar inmunoterapias basadas en ARNm para la prevención de la influenza".

Es conveniente observar, cuándo se firma el acuerdo con Pfizer, agosto de 2018, pero sobre todo observen las fechas en las que pretenden tener listo esos "medicamentos de ARNm": finales de 2020. Si se dan cuenta, la "vacuna" contra el coronavirus empezó a inoculares en todo el mundo en diciembre de 2020 y ya todo lo que llevamos de 2021. Demasiado casual esa "extraña" coincidencia de fechas. Pero si eso es llamativo, es más llamativo e importante, si cabe, las fechas en las que la Fundación Bill y Melinda Gates compraron 55 millones de dólares en acciones de esta compañía. Concretamente en agosto de 2019 y si se dan cuenta, las primeras noticias que empezamos a conocer sobre las infecciones del coronavirus en Wuhan son de diciembre de ese mismo año.

En 2019, Pfizer hizo un nombramiento muy conflictivo para su junta directiva, Scott Gottlieb, que acababa de dimitir como director de la FDA tres meses antes. Junto a Gottlieb en la Junta Directiva de Pfizer se encuentra la Dra. Susan Desmond-Hellmann, quien dirigió la Fundación Bill y Melinda Gates hasta 2020. La Fundación Gates posee acciones en Pfizer. La mayor parte de las acciones de Biontech, fueron adquiridas por la Bill & Melinda Gates Foundation el 30 de agosto de 2019 según consta en la documentación presentada por la compañía ante la Comisión de Valores de Estados Unidos (SEC). En la carta de acuerdo de la adquisición de las acciones de la compañía, curiosamente, se incluyó el siguiente párrafo:

Respuesta Pandémica:

En caso de pandemia, la Fundación Bill y Melinda Gates puede solicitar a la compañía que acepte trabajar en un contrato financiado vía subvención para dar respuesta a dicha pandemia pudiendo incluir el desarrollo de un medicamento, vacuna o diagnóstico.

Un detalle importante es que, "curiosamente", las 3 empresas de "vacunas" Covid-19 autorizadas por la FDA emplean a excomisionados de la FDA:

Scott Gottlieb, la personificación definitiva del mecanismo de la puerta giratoria, forma parte de la junta directiva de Pfizer. El invitado frecuente de la CNBC patrocinado por Pfizer también mantiene varios miles de acciones de Pfizer, y recibe una compensación anual de seis cifras. Gottlieb gana millones con sus nombramientos en el consejo de administración en continuo aumento para una plétora de compañías farmacéuticas y de atención médica.

También forma parte de las juntas directivas de Illumina y Tempus Labs, que venden kits de prueba Covid-19 autorizados por la FDA. Además, forma parte de

la junta de Aetion, que se ha asociado con la FDA para investigar la política Covid-19.

Stephen Hahn, quien dirigió la FDA cuando autorizó las inyecciones de Covid de Moderna, recientemente asumió un puesto de nivel ejecutivo en Flagship Pioneering, la compañía que lanzó Moderna. Flagship posee 20 millones de acciones de Moderna, que al 16 de octubre de 2021, están valoradas en 6.5 mil millones de dólares. Ellos ganaron 1.4 mil millones de dólares a través de la venta de Moderna de principios de este año.

Prácticamente no hay separación entre Flagship y Moderna. El CEO insignia Noubar Afeyan, quien cofundó Moderna y posee más de 2 millones de acciones de Moderna, es el actual presidente de Moderna. Además, el director ejecutivo de Moderna, Stéphane Bancel, figura como " socio especial " emblemático.

En septiembre, Hahn fue nombrado director médico de YourBio Health, una empresa que vende kits de prueba Covid-19, lanzada por Flagship.

Mark McClellan fue el comisionado de la FDA de 2002 a 2004 (y se desempeñó en otros puestos gubernamentales de alto rango). Ha mantenido un puesto en la junta directiva del gigante farmacéutico Johnson & Johnson desde 2013. McClellan posee miles de acciones de la compañía y recibe alrededor de 300 000$ al año.

Otra persona que vincula a Pfizer y Gates es la profesora Holly Janes, experta en bioestadística de la ciudad natal de Gates, Seattle, en el centro de investigación del cáncer Fred Huff. Janes también es miembro del Comité de Vacunas de la FDA hasta 2023. En particular, co-diseñó los controvertidos ensayos para las “vacunas” de ARNm de Pfizer y Moderna para el NIAID de Fauci en su centro de Seattle, que también está financiado por la Fundación Gates.

Janes es profesora en el Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson, División de Vacunas y Enfermedades Infecciosas, conocido como Fred Hutch. Anteriormente, recibió dinero para investigación de la Fundación Gates por un período de seis años cuando trabajó para la Fundación Gates de 2006 a 2012 para desarrollar "apoyo estadístico y de diseño de estudios para ensayos de rendimiento de vacunas preclínicas". La profesora Janes también ayudó a desarrollar el programa que rastrea los datos de las vacunas en la Universidad John Hopkins.

La persona que dirige la FDA como "Directora interina" es Janet Woodcock. Ha estado en la FDA desde 1986, casi tanto tiempo como Fauci en el NIAID. Woodcock fue la elección de Biden para encabezar la FDA, pero con una oposición masiva de 28 grupos, incluidos fiscales generales estatales y grupos de ciudadanos; obligó a nombrarla "actuando", lo que no necesita el escrutinio del Congreso.

Woodcock fue directamente responsable de la aprobación por parte de la FDA de opioides mortales a pesar de las objeciones de sus propios científicos y otros

asesores. Hace dos décadas, como jefe de la unidad responsable de la FDA, Woodcock jugó un papel decisivo en la aprobación de un poderoso opioide, Zohydro, a pesar de que el propio comité asesor científico de la FDA votó 11-2 para mantener el medicamento fuera del mercado porque no era seguro. Drugs.com en línea escribe: "La hidrocodona (Zohydro) puede ralentizar o detener su respiración. Nunca use Zohydro ER en cantidades mayores o por más tiempo de lo recetado. Tráguela entera para evitar la exposición a una dosis potencialmente mortal. La hidrocodona puede crear hábito, incluso en dosis regulares". Woodcock luego aprobó la venta de una pastilla narcótica de alta concentración, OxyContin, como "más segura y más eficaz que otros analgésicos" basándose en las afirmaciones falsas del fabricante ahora en bancarrota, Purdue Pharma. Desde entonces, unos 500 000 estadounidenses han muerto como resultado de la adicción a los opioides.

Actualmente el mayor donante y benefactor de la OMS es la Fundación Bill & Bellinda Gates con una aportación anual de 250 millones de euros. El siguiente mayor donante es GAVI (Global Alliance Vaccine Inmunization), agencia encargada de distribuir las vacunas anuales por todos los países del mundo, con una aportación de 316 de millones de dólares anuales. GAVI, a su vez, también recibe su financiación de la fundación de Bill Gates (Bill Gates es el principal benefactor de GAVI) y de compañías farmacéuticas. Las farmacéuticas que más contribuyen a financiar la OMS son GlaxoSmithKline, Novartis, Sanofi Pasteur y Merck con un total de 90 millones de dólares durante el 2020. Tras una apariencia neutral y científica, este conglomerado de intereses y negocios parece más orientado a servir intereses comerciales que a ofrecer un desinteresado y filántrópico servicio de salud pública.

Según el Profesor Peronne, un médico francés de mucho prestigio y que trabajó con la OMS hasta el 2009: "La OMS pertenece a la fundación Bill y Melinda Gates. De hecho, cuando la OMS no recibe los fondos de los Estados, las nóminas llevan el nombre de la Fundación Gates" (Programa en Sud Radio, junto con André Bercoff, 16 de junio del 2020).

"El 90% del Programa de Medicamentos ahora está financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates, están dando el dinero solo para los asuntos que le interesa a Bill Gates, de tal manera, que el programa solo se centra en los proyectos para los que tiene dinero, el resto se queda sobre el papel. Por ejemplo, ya no se trabaja nada sobre el programa de uso racional de los medicamentos".

Por otro lado, las relaciones del magnate con la dictadura comunista de china son excelentes. En septiembre de 2015, Bill Gates a través de TerraPower firmó un acuerdo con la Corporación Nacional Nuclear de China de propiedad estatal para construir un reactor nuclear de última generación en Xiapu, provincia de Fujian, China. Desde hace tiempo la relación de Bill Gates con China es cuando menos sospechosa.

La directora de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) trabajó para la industria farmacéutica y el 91% del presupuesto de su agencia proviene de esta industria. El pasado 25 de marzo, Gerald Hauser, diputado del Partido de la

Libertad de Austria (FPO), reveló en una intervención parlamentaria los vínculos de la directora ejecutiva de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), Emer Cooke, con la industria farmacéutica, de la que "ha sido lobista durante ocho años" desde diversos puestos. Además, según la documentación presentada por Hauser en su intervención, el 91% del presupuesto de la EMA proviene de la misma industria farmacéutica, la cual depende de la agencia para que sus medicamentos sean aprobados. Si miramos el currículo de la señora Emer Cooke, vemos que desde 1985 trabaja para la industria farmacéutica en distintos puestos. Interesa saber que desde 1991 hasta 1998 fue presidente de la EFPIA que es la organización lobby de las empresas farmacéuticas más grandes de Europa, es decir, sus jefes eran Pfizer, Moderna, Astrazeneca, Novartis, Johnson & Johnson, y ahora, curiosamente, es responsable de la autorización, control y efectividad de "vacunas".

El caso de Federico Martinón, coordinador del centro de la OMS en seguridad vacunal y jefe de pediatría del Hospital Universitario de Santiago de Compostela, ha vuelto a poner en evidencia las promiscuas relaciones entre las farmacéuticas y las autoridades sanitarias. Martinón es pediatra, partidario de la "vacunación" obligatoria y es un intenso promotor a través de su cuenta de Twitter de la inoculación de las "vacunas" Covid en menores, destacando la fiabilidad de la vacuna de Janssen en la red social. No es casualidad. El pasado mes de junio, la farmacéutica Janssen le hizo entrega de sus premios "Afectivo Efectivo" por "su entrega personal, su enorme empatía con los más pequeños y su exitosa trayectoria profesional internacional". En la web de este premio no se cuantifica las cantidades que suponen la entrega de este premio, ya sea en dinero o en especie, pero esta circunstancia le ha valido a Martinon para ser la persona de referencia de varias televisiones. Su presencia como miembro del Comité Asesor de Vacunas de la OMS es sin duda llamativa. Una publicación de Eldiario.es del año 2019 reveló que Martinón, junto a su compañera María Garcés, cobraron individualmente casi 100 000 y 36 000 euros cada uno de las compañías Pfizer y GlaxoSmithKline (GSK), entre los años 2017 y 2018.

El Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados de la FDA llevó a cabo una reunión virtual el martes 26 de octubre para discutir la autorización de una "vacuna" contra el coronavirus de Pfizer-BioNTech para niños entre las edades de 5 a 11 años.

Este comité tiene mucha influencia con la FDA y sus hallazgos serán relevantes, considerando que la administración de Biden se está preparando para enviar vacunas a las escuelas primarias y California ya ha ordenado la "vacuna" para los escolares en espera de la autorización federal.

Pero la lista de reuniones muestra que numerosos miembros del comité y miembros temporales con derecho a voto han trabajado para Pfizer o tienen conexiones importantes con Pfizer.

Los miembros incluyen un exvicepresidente de Pfizer Vaccines, un consultor reciente de Pfizer, un beneficiario reciente de una subvención de investigación de Pfizer, un hombre que fue mentor de un ejecutivo de "vacunas" de Pfizer actual,

un hombre que dirige un centro que distribuye "vacunas" de Pfizer, el presidente de un grupo de datos Pfizer, un tipo que fue fotografiado con orgullo tomando una "vacuna" Pfizer, y numerosas personas que ya están oficialmente apoyando las "vacunas" contra el coronavirus para niños. Mientras tanto, el reciente comisionado de la FDA, Scott Gottlieb, forma parte de la junta directiva de Pfizer.

Aquí está la lista de la reunión del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados del 26 de octubre de 2021.

El presidente interino Arnold S. Monto era consultor remunerado de Pfizer en 2018.

Steven Pergam recibió la "vacuna" Pfizer: generando confianza en "vacunas" Covid-19 seguras y efectivas (fredhutch.org).

Archana Chatterjee, trabajó en un proyecto de investigación relacionado con las vacunas para bebés entre 2018 y 2020, y el proyecto de investigación fue patrocinado por Pfizer.

Myron Levine ha sido mentor de algunos becarios postdoctorales estadounidenses, y uno de sus protegidos resulta ser Raphael Simon, director senior de investigación y desarrollo de "vacunas" en Pfizer.

James Hildreth, miembro temporal con derecho a voto, hizo una divulgación de interés financiero para esta reunión en la que reveló más de $ 1.5 millones en intereses financieros relevantes, incluido su trabajo como presidente de Meharry Medical College, que administra las "vacunas" Pfizer.

Geeta K. Swamy figura como presidenta del "Comité Independiente de Monitoreo de Datos para el Programa de Vacunas contra el Estreptococo del Grupo B de Pfizer", un comité patrocinado por Pfizer. La Universidad de Duke afirma que "Dr. Swamy se desempeña como coinvestigador del ensayo de la 'vacuna' Pfizer Covid-19".

Gregg Sylvester se desempeñó anteriormente como vicepresidente de Pfizer Vaccines, donde lanzó las "vacunas" Pfizer, incluida una para niños.

Entre los "miembros temporales con derecho a voto" de la reunión, Ofer Levy, del Boston Children's Hospital, está a favor de la "vacuna" Pfizer para niños, Eric Rubin está a favor de la "vacuna" para niños, Jay Portnoy apoya la autorización de "vacunas" contra el coronavirus para niños y Melinda Wharton se quejó durante el verano de cómo cayeron los pedidos del programa "Vacunas para niños" de los CDC.

FDANews declaró en diciembre pasado: "En el pasado, los miembros del comité asesor de la FDA han sido frecuentemente blanco de fuertes politiqueos por parte de representantes de la industria de cualquier medicamento que estuvieran considerando para una recomendación en reuniones en persona. Ese proceso se ha visto algo alterado por el hecho de que durante el Covid-19, las reuniones se

están realizando de forma virtual. Pero es probable que la presión entre bastidores aún continúe. La industria defiende los intentos de influir en los miembros del comité como simples esfuerzos para presentar su caso de la mejor manera".

El examen de más de 30 000 subvenciones en la base de datos de la compañía, MintPress, revela que la Fundación Gates ha financiado cientos de medios y empresas, por una suma de al menos $ 319 millones:

Los destinatarios de este dinero incluyen muchos de los medios de comunicación más importantes de Estados Unidos, incluidos CNN, NBC, NPR, PBS y The Atlantic . Gates también patrocina una gran cantidad de organizaciones extranjeras influyentes, incluidas la BBC, The Guardian, The Financial Times y The Daily Telegraph en el Reino Unido; destacados periódicos europeos como Le Monde (Francia), Der Spiegel (Alemania) y El País (España); así como grandes emisoras globales como Al-Jazeera.

El dinero de la Fundación Gates, un total de $ 166 216 526, que se destinan a programas de medios se ha dividido en varias secciones, presentadas en orden numérico descendente, e incluye un enlace a la subvención correspondiente en el sitio web de la organización:

- NPR - $ 24 663 066
- The Guardian (incluido TheGuardian.org) - $ 12 951 391
- Cascade Public Media - $ 10 895 016
- Public Radio International (PRI.org/TheWorld.org) - $ 7 719 113
- The Conversation - $ 6 664 271
- Univision - $ 5 924 043
- Der Spiegel (Alemania): 5 437 294 dólares
- Proyecto Syndicate - $ 5 280 186
- Semana de la Educación - $ 4 898 240
- WETA - $ 4 529 400
- NBCUniversal Media - $ 4 373 500
- Nation Media Group (Kenia): 4 073 194 dólares
- Le Monde (Francia): 4 014 512 dólares
- Bhekisisa (Sudáfrica) - $ 3 990 182
- **El País - $ 3 968 184**
- BBC - $ 3 668 657
- CNN - $ 3 600 000
- KCET - $ 3 520 703
- Population Communications International (Population.org) - $ 3 500 000
- The Daily Telegraph - $ 3 446 801
- Chalkbeat - $ 2 672 491
- The Education Post - $ 2 639 193
- Rockhopper Productions (Reino Unido) - $ 2 480 392
- Corporación de Radiodifusión Pública - $ 2 430 949
- UpWorthy - $ 2 339 023
- Financial Times - $ 2 309 845
- The 74 Media - $ 2 275 344

- Texas Tribune - $ 2 317 163
- Ponche (Nigeria) - $ 2 175 675
- News Deeply - $ 1 612 122
- The Atlantic - $ 1 403 453
- Radio pública de Minnesota - $ 1 290 898
- YR Media - $ 1 125 000
- The New Humanitarian - $ 1 046 457
- Sheger FM (Etiopía) - $ 1 004 600
- Al-Jazeera - $ 1 000 000
- ProPublica - $ 1 000 000
- Crosscut Public Media - $ 810 000
- Revista Grist - $ 750 000
- Kurzgesagt - $ 570,000
- Corporación de Radiodifusión Educativa - $ 506 504
- Clásica 98.1 - $ 500 000
- PBS - $ 499 997
- Gannett - $ 499 651
- Mail and Guardian (Sudáfrica): $ 492 974
- Inside Higher Ed. - $ 439 910
- BusinessDay (Nigeria) - $ 416 900
- Medium.com - $ 412 000
- Nutopía - $ 350 000
- Independent Television Broadcasting Inc. - $ 300 000
- Servicio de Televisión Independiente, Inc. - $ 300 000
- Caixin Media (China) - $ 250 000
- Servicio de noticias del Pacífico - $ 225 000
- Revista Nacional - $ 220 638
- Crónica de la educación superior - $ 149 994
- Belle y Wissell, Co. - $ 100 000
- Fideicomiso de los medios - $ 100 000
- Radio pública de Nueva York - $ 77 290
- KUOW - Radio pública de Puget Sound - $ 5310

La Fundación Gates también ha donado casi $ 63 millones a organizaciones benéficas estrechamente alineadas con los grandes medios de comunicación, incluidos casi $ 53 millones para BBC Media Action, más de $ 9 millones para la Fundación Staying Alive de *MTV* y $ 1 millón para The New York Times Neediest Causes Fund. Si bien no financia específicamente el periodismo, aún deben tenerse en cuenta las donaciones al brazo filantrópico de un reproductor de medios.

Gates también continúa financiando una amplia red de centros de periodismo de investigación, por un total de poco más de $ 38 millones, más de la mitad de los cuales se han destinado al Centro Internacional de Periodistas con sede en DC para expandir y desarrollar los medios africanos.

Además de esto, la Fundación Gates también provee a las asociaciones de prensa y periodismo con dinero en efectivo, por una suma de al menos $ 12 millones. Por

ejemplo, la Asociación Nacional de Editores de Periódicos, un grupo que representa a más de 200 medios, ha recibido 3.2 millones de dólares.

Esto eleva nuestro total acumulado a $ 216.4 millones.

La fundación también aporta el dinero para capacitar directamente a periodistas en todo el mundo, en forma de becas, cursos y talleres. Hoy en día, una persona puede formarse como reportero gracias a una subvención de la Fundación Gates, encontrar trabajo en un medio financiado por Gates y pertenecer a una asociación de prensa financiada por Gates. Esto es especialmente cierto para los periodistas que trabajan en los campos de la salud, la educación y el desarrollo global, en los que el propio Gates es más activo y donde el escrutinio de las acciones y motivos del multimillonario es más necesario.

La BMGF también paga por una amplia gama de campañas de medios específicas en todo el mundo. Por ejemplo, desde 2014 ha donado $ 5.7 millones a la Population Foundation of India para crear dramas que promuevan la salud sexual y reproductiva, con la intención de aumentar los métodos de planificación familiar en el sur de Asia. Mientras tanto, asignó más de $ 3.5 millones a una organización senegalesa para desarrollar programas de radio y contenido en línea que incluyera información sobre salud. Los partidarios consideran que esto está ayudando a los medios de comunicación críticamente subfinanciados, mientras que los oponentes podrían considerar que un multimillonario usa su dinero para plantar sus ideas y opiniones en la prensa. Total: $ 97 315 408.

Sumados, estos proyectos de medios patrocinados por Gates suman un total de $ 319.4 millones. Sin embargo, hay claras deficiencias con esta lista no exhaustiva, lo que significa que la cifra real es indudablemente mucho más alta. En primer lugar, no cuenta las subvenciones, es decir, el dinero que los destinatarios dan a los medios de comunicación de todo el mundo. Y aunque la Fundación Gates fomenta un aire de franqueza sobre sí misma, en realidad hay poca información pública valiosa sobre lo que sucede con el dinero de cada subvención, salvo una breve descripción de una o dos frases escrita por la propia fundación en su sitio web. Solo se contabilizaron las donaciones a las propias organizaciones de prensa o proyectos que pudieran identificarse a partir de la información del sitio web de la Fundación Gates como campañas de medios, lo que significa que miles de subvenciones que tienen algún elemento mediático no aparecen en esta lista.

Tampoco se incluyen las ayudas destinadas a la producción de artículos para revistas académicas. Si bien estos artículos no están destinados al consumo masivo, regularmente forman la base de las historias en la prensa convencional y ayudan a dar forma a las narrativas en torno a temas clave. La Fundación Gates ha contribuido ampliamente a fuentes académicas, con al menos $ 13.6 millones destinados a la creación de contenido para la prestigiosa revista médica *The Lancet*.

Y, por supuesto, incluso el dinero otorgado a las universidades para proyectos puramente de investigación eventualmente termina en revistas académicas y, en última instancia, en los medios de comunicación. Los académicos están sometidos

a una gran presión para publicar sus resultados en revistas de prestigio; "Publicar o perecer" es el mantra en los departamentos universitarios. Por lo tanto, incluso este tipo de subvenciones tienen un efecto en nuestros medios. Ni estas ni las subvenciones que financian la impresión de libros o el establecimiento de sitios web cuentan en el total, aunque también son formas de medios.

PROTEÍNA SPIKE

La espiga codificada por las "vacunas" Covid está ligeramente modificada con respecto de la espiga del virus (tipo salvaje). Específicamente, se introdujeron dos mutaciones de prolina para bloquear o estabilizar la proteína espiga en su conformación de prefusión y hacerla más inmunogénica, es decir, hacer que provoque más una respuesta inmune o producir más anticuerpos neutralizantes, en comparación con la espiga de tipo salvaje. Hay una sección del artículo de Nature sobre el diseño de la "vacuna" Moderna (mRNA-1273), donde los autores mencionan los cambios realizados en la espiga; no se menciona si los cambios en la proteína de pico conducirán a que sea más segura. Esto se debe a que los peligros de la proteína de pico no se conocían en el momento del diseño de la "vacuna". Los estudios sobre la toxicidad de las espigas no comenzaron a publicarse hasta fines de 2020. Moderna ya había comenzado su prueba de fase 1 en marzo de 2020, Pfizer había comenzado su prueba a principios de mayo de 2020 y la prueba de J&J había comenzado en julio de 2020. Mientras tanto, la idea de usar proteínas estabilizadas por prefusión en coronavirus se remonta a 2018. Esto significa que incluso si los cambios realizados en la espiga de la "vacuna" codificada fueran seguros, habría sido por accidente.

El Dr. Thomas Levy escribe sobre la toxicidad de la proteína de pico en Orthomolecular.org:

Se ha expresado preocupación con respecto a la diseminación de la proteína de pico por todo el cuerpo después de la "vacunación". **En lugar de permanecer localizado en el lugar de la inyección para provocar la respuesta inmune y nada más, se ha detectado la presencia de proteína de pico en todo el cuerpo de algunas personas "vacunadas"**. **Además, parece que algunas de las proteínas de pico circulantes simplemente se unen a los receptores ACE2 sin entrar en la célula, induciendo una respuesta autoinmune a toda la entidad de proteína de pico celular. Dependiendo del tipo de célula que se une a la proteína de pico, puede producirse cualquiera de una serie de afecciones médicas autoinmunes**.

Lo que es más alarmante, el Dr. Levy explica que **la evidencia actual muestra que la proteína de pico continúa produciéndose en el cuerpo, luego de la inyección inicial de ARNm**. Él explica:

Si bien la patología subyacente aún no se ha definido por completo, una explicación de los problemas con las tendencias trombóticas y otra sintomatología observada en los pacientes con Covid crónico y posvacunación **se relaciona directamente con la presencia persistente de la parte proteica del pico**

del coronavirus. **Algunos informes afirman que la proteína de pico se puede seguir produciendo después de la unión inicial a los receptores ACE2 y la entrada en algunas de las células a las que se dirige inicialmente**. **Los cuadros clínicos del Covid crónico y la toxicidad posterior a la "vacuna" parecen muy similares, y es probable que ambos se deban a esta presencia continua y diseminación por todo el cuerpo de la proteína de pico**.

El mejor resumen que se puede dar desde el punto de vista científico, es que **es peligrosa**, lo cual, ha sido dicho entre otros (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17), por el Dr. Robert Malone, inventor de las vacunas con soporte de ARNm (18). Veamos las cosas que sabemos de la proteína en cuestión y que me llevan a hacer tal afirmación:

- El virus SARS-CoV-2 (y otros integrantes de la familia de los coronavirus) tienen en su membrana a la proteína Spike. Varios de los coronavirus utilizan esta proteína para poder tener acceso a las células que van a infectar (19).

- No es necesario haber aislado y purificado correctamente el virus SARS-CoV-2 para producir secuencias de ADN o ARNm de la proteína espiga, ya que la información de su secuencia genómica (que consta de unos 3000 nucleótidos y es un trímero formado por tres péptidos, cada uno con dos subunidades S1 y S2); está, supuestamente, publicada en las bases de datos y bibliotecas genómicas existentes, además, la tecnología capaz de sintetizar ARNm ya existe y diversos investigadores independientes lo han realizado y comprobado (20).

- Una nueva investigación publicada en Virus, que forma parte de la edición de las interacciones de la célula huésped SARS-CoV-2 de MDPI (Open Access Journals), revela que **las proteínas de la "vacuna" penetran en los núcleos de las células y causan estragos en el mecanismo de reparación del ADN de las células, suprimiendo la reparación del ADN en un 90%**.

  En la conclusión del artículo, los autores escriben: "Encontramos que la proteína de pico inhibió marcadamente la formación de focos BRCA1 y 53BP1. Juntos, estos datos muestran que **la proteína espiga completa del SARS-CoV-2 inhibe la reparación del daño del ADN al obstaculizar el reclutamiento de la proteína de reparación del ADN**".

  El mecanismo de reparación del ADN, conocido como NHEJ (unión de extremos no homólogos) es una especie de sistema de "respuesta de emergencia" intracelular que repara las roturas del ADN. Sin el mecanismo NHEJ, toda la vida multicelular avanzada dejaría de existir. Ningún ser humano, animal o planta puede sobrevivir si la integridad de su código genético está protegida y constantemente reparada a través de múltiples mecanismos.

El daño al ADN puede ser causado por la exposición a la radiación, a los productos químicos que se encuentran en los alimentos y productos de cuidado personal, o incluso a la exposición al equipo de mamografía. La exposición excesiva a la luz solar también puede causar roturas del ADN, y las mutaciones menores del ADN ocurren espontáneamente en todos los organismos vivos. Los pilotos de líneas aéreas, por ejemplo, se exponen habitualmente a la radiación ionizante debido a volar en altitud.

En una persona normal y sana, el mecanismo NHEJ repara el ADN y evita que se produzca una mutación patógena. Pero **en presencia de la proteína de pico de la "vacuna", la efectividad del NHEJ se suprime hasta en un 90%, lo que significa que no puede hacer su trabajo debido a la capacidad suprimida de reclutar proteínas para su reparación**.

Como resultado, se introducen los siguientes "errores" en los cromosomas dentro de los núcleos de las células humanas, todo debido a la presencia de la proteína de pico de las "vacunas" de ARNm:

- **Mutaciones o "errores" en la secuencia genética.**
- **Supresiones de segmentos enteros de código genético.**
- **Inserciones de segmentos incorrectos.**
- **Mezcla y emparejamiento / permutaciones de código genético.**

Estos errores, cuando se expresan a través de la división y replicación celular, dan como resultado:

- **Una explosión de cáncer y tumores cancerosos en todo el cuerpo.**
- **Pérdida de producción de células T y B del sistema inmunológico (es decir, inmunodeficiencia inducida).**
- **Trastornos autoinmunes.**
- **Envejecimiento acelerado y reducción de la longitud de los telómeros.**
- **Pérdida de funcionamiento de sistemas de órganos complejos como circulatorio, neurológico, endocrino, musculoesquelético, etc.**

- **Daño celular que se asemeja al envenenamiento por radiación cuando las células se destruyen a sí mismas desde adentro.**

"Mecánicamente, encontramos que la proteína de pico se localiza en el núcleo e inhibe la reparación del daño del ADN al impedir el reclutamiento de las proteínas BRCA1 y 53BP1 de reparación del ADN clave en el sitio del daño".

Esto significa que la proteína de pico, que se genera en los ribosomas celulares después de que las células han sido secuestradas por las "vacunas" de ARNm, no siempre sale de la célula y entra en el torrente sanguíneo, como nos dicen los defensores de la "vacuna" de ARNm. En algunos casos, la proteína espiga ingresa al núcleo celular. Allí, interfiere con el mecanismo de reparación del ADN como se describe a lo largo de este artículo.

Esto significa, sin lugar a dudas, que las "vacunas" de ARNm provocan alteraciones cromosómicas **en las células del cuerpo**. **Es una confirmación de que, de hecho, tales "vacunas" están causando estragos en la integridad genética y exhibiendo efectos secundarios que no han sido previstos o descritos por los proponentes de la "vacuna" de ARNm**.

El resultado espantoso de este hallazgo es que las personas que han recibido "vacunas" de ARNm experimentarán una reparación del ADN suprimida, lo que aumentará las exposiciones que alguna vez se pensó que eran problemas menores a amenazas importantes para su salud.

En otras palabras, las personas expuestas **a la radiación 5G, los exámenes de mamografía, los plastificantes químicos en los productos alimenticios y los carcinógenos en los productos de cuidado personal (detergentes para ropa, perfumes, champús, lociones para la piel, etc.) no podrán reparar el daño del ADN causado por esas exposiciones. Después de exposiciones relativamente pequeñas, comenzarán a mutar y desarrollar cánceres en todo el cuerpo**.

No olvidemos que la exposición a 5G da como resultado la producción de peroxinitrito en la sangre, un radical libre extremadamente peligroso que daña el ADN en las células del cerebro y en las células de los tejidos de todo el cuerpo.

Esto incluso podría describirse como una especie de sistema de "herramientas" binarias en el que las "vacunas" de ARNm debilitan la reparación del ADN, y la exposición a 5G (o exposición química en el suministro de alimentos) proporciona la "herramienta" que rompe las cadenas de ADN y hace que el cuerpo no pueda mantener la integridad genética durante replicación celular. Esto no tarda mucho en expresarse de

formas físicas horribles, como el intento de crecimiento de tejidos de órganos internos en la superficie de la piel o la cara.

- Nuevas pruebas demuestran que **las "vacunas" de ARNm pueden reprogramar el sistema inmunitario de forma que sea permisiva para el crecimiento del cáncer**. Y lo que es aún más preocupante, un estudio reciente de modelización desarrollado por científicos de la Universidad de Pittsburgh muestra que **la proteína spike (espiga) tiene una gran afinidad por las proteínas anticancerígenas, p53 y BRCA 1/2**.

  Estos datos muestran que es probable que la proteína Spike (producida por las "vacunas") pueda estar uniéndose a estos genes supresores de tumores en el cuerpo e inactivándolos.

  El gen p53 es quizás el gen cuya actividad es la más importante en el cuerpo para prevenir el cáncer. Su función es asegurarse de que todos los daños en el ADN han sido reparados adecuadamente antes de la división celular. Si el daño es demasiado extenso para ser reparado, indica a la célula que se suicide.

  Los BRCA 1/2 desempeñan un papel similar en el tejido mamario. Está claro que la inactivación de estos genes hará que las células con mutaciones en el ADN sigan dividiéndose y prosperando, uno de los pasos más importantes en el desarrollo del cáncer.

- **La proteína espiga del SARS-CoV-2 induce senescencia paracrina y adhesión de leucocitos en células endoteliales, podría destruir la inmunidad natural**. La insuficiencia inmunológica puede deberse a una acumulación de proteínas de pico inducidas por la vacuna dentro del cuerpo. **La teórica respuesta inmune" desencadenada por los pinchazos puede tener un coste letal, incluso en una etapa posterior**. Los telómeros (es el final de un cromosoma) del receptor de la vacuna se inactivan. Desactiva la transcripción de AUF1 y WRN eliminando los telómeros. La telomerasa es una enzima del ADN humano que regula el envejecimiento. Los telómeros que encapsulan el ADN se acortan con el tiempo a medida que los humanos envejecen.

  Las proteínas de la "vacuna" tienen "efectos nocivos sobre la telomerasa, lo que perjudica su síntesis". Con esta actividad inhibida, es inevitable que aparezca el agotamiento de las células inmunes. Este puede ser el "regalo" de la Spike. Las proteínas de pico "pueden estar crónicamente presentes" y de forma continua suprimir la telomerasa.

  La destrucción de los telómeros inducida por la "vacuna", que se asocia con la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, ferroptosis, hipotálamo y autofagia, está sucediendo. Es posible eliminar los telómeros con "células que carecen de WRN". Es una forma de muerte

celular: letalidad sintética. **Sin la telomerasa, las células clave del cuerpo no pueden reponerse y se agotan mucho antes de lo debido al transcurso de una vida normal**. **Básicamente estamos viendo los efectos de la quimioterapia con la proteína de pico**. Pero de una manera muy singular. Las células que se replican rápidamente se están agotando. Ahora podemos explicar los informes demasiado comunes de pérdida de cabello.

- **La proteína por sí sola (sin necesidad de estar asociado al virus) puede ocasionar daño en diversos tejidos y órganos ya que altera el eje Renina-Angiotensina-Aldosterona, daña los endotelios e induce a la desregulación de las mitocondrias, lo que lleva a hipertensión, inflamación y formación de trombos (en otras palabras, al cuadro clínico de Covid-19)** (21) (22) (23). No hay mucha más evidencia científica de esto, porque no se han hecho estudios semejantes hasta hace poco, pero en estos otros (24) (25), también se ve ya ese potencial patogénico de la proteína.

  La acción de la proteína S e incluso de sus fragmentos (subunidad S1 y probablemente solo del RBD o dominio de unión al receptor) explican perfectamente, la causa del bloqueo de los receptores ACE2, los síntomas debidos a la Covid grave (microtrombos e hiperinflamación) y el daño producido por la "vacuna".

  Dicho bloqueo daña las células que contienen estos receptores que se encuentran distribuidos por muchos tejidos, principalmente, los vasos sanguíneos, las plaquetas y las células inmunes (lo que explica los trombos, lesiones hemorrágicas e hiperinflamación) y por diversos órganos, principalmente, el corazón, riñones, gónadas, cerebro e hígado.

  La evidencia acumulada ha definido la Covid-19 como una enfermedad vascular. La lesión de los vasos sanguíneos causa daño pulmonar progresivo e insuficiencia multiorgánica en la Covid-19 grave, debido a edemas, coagulación intravascular, inflamación vascular e infiltración celular inflamatoria desregulada. Se han propuesto múltiples mecanismos para la disfunción vascular en la enfermedad; sin embargo, se sabe poco sobre la acción directa del SARS-CoV-2 sobre la CE (células endoteliales vasculares).

  El ACE2 es el receptor mejor establecido para la proteína de espiga, aunque se han descrito otros receptores de la superficie celular tales como: neuropilina-1 (NRP1), receptores de tipo toll (TLRs) e integrinas de unión a RGD. En particular, la integrina α5β1 es una integrina de unión a RGD (secuencia de tripéptidos) que tras la unión, media la entrada de SARS-CoV-2 y la infección de células epiteliales y monocitos in vitro y aumenta la carga viral pulmonar y la inflamación in vivo. La ligadura de la integrina α5β1 por motivo de la fibronectina (es una glicoproteína adhesiva presente en forma soluble en plasma e insoluble en la matriz extracelular de la mayoría de los tejidos) RGD, activa la expresión de genes proinflamatorios

en la CE, pero no se ha abordado la unión del pico a α5β1 en la CE y su impacto en la respuesta inflamatoria de la CE.

En un estudio (26), demuestran que **la unión de la proteína a la integrina α5β1 activa el programa inflamatorio de la CE. La proteína Spike estimula la expresión de moléculas de adhesión ICAM1 y VCAM1 y la unión de leucocitos a monocapas de EC como TNFa (citoquina), un inductor bien conocido de respuestas inflamatorias de EC sostenidas**.

Los neutrófilos, los macrófagos y las células epiteliales pulmonares reaccionan a la proteína a través de la activación de la producción de citocinas inducida por el receptor tipo toll, un mecanismo subyacente a la tormenta de citocinas observada en el Covid-19 grave. La integrina α5β1 se expresa ampliamente en las células inmunitarias y puede cooperar con receptores de tipo toll para estimular sus vías de señalización. Sin embargo, las CE humanas expresan pocos o ningún receptor de tipo toll en su superficie, lo que implica que las interacciones entre los receptores de toll y la integrina α5β1, no contribuyen al efecto proinflamatorio del pico en el endotelio.

La vasopermeabilidad excesiva que conduce al edema es otro sello distintivo del Covid-19 grave. La unión de la proteína a la integrina α5β1, a través de RGD, estimula la hiperpermeabilidad de las monocapas de EC. La hiperpermeabilidad inducida, es imitada por su dominio de unión al receptor y el tripéptido RGD y prevenida mediante anticuerpos neutralizantes contra la integrina α5β1 y la subunidad de la integrina α5.

La proteína interfiere con la distribución periférica del CD31 (antígeno) observada en monocapas de CE estables. Debido a que el CD31 exhibe propiedades adhesivas y se concentra principalmente en las uniones entre las células adyacentes, su localización alterada en la CE es consistente con un aumento de la vasopermeabilidad.

Al unirse a α5β1, la proteína cambia el fenotipo de EC para promover la inflamación vascular. Tras la activación de α5β1 mediada por la Spike, las CE pierden su capacidad para controlar la permeabilidad o inactivar los leucocitos, características ambas de la disfunción de las CE. Estos hallazgos proporcionan información sobre los mecanismos que hacen de la Covid-19 una enfermedad vascular y fomentan el desarrollo de enfoques terapéuticos que se centran directamente en los cambios vasculares mediados por α5β1.

Dos inhibidores de α5β1, volociximab y ATN-161, desarrollados como agentes terapéuticos prometedores, bloquearon la adhesión de leucocitos inducida por la proteína y la hiperpermeabilidad de la CE. De hecho, ya se ha demostrado que ATN-161 inhibe la infección por el virus del SARS-CoV-2 in vivo.

- **Las proteínas de pico de la "vacuna" Covid dañan la proteína de la placenta en mujeres "vacunadas"**, parecen "hacer eco" con la proteína placentaria en mujeres embarazadas vacunadas. Recientemente se realizó un estudio en 15 mujeres que recibieron la vacuna Pfizer, se extrajeron muestras de sangre cada pocos días y los investigadores midieron los anticuerpos contra la proteína de pico. En el estudio, los investigadores también midieron los anticuerpos contra la placenta y encontraron que dentro de los primeros 1-4 días, un aumento de 2.5 a 300% en los anticuerpos contra su propia placenta (27). Un estudio con 1600 mujeres confirma que la "vacuna" Covid altera la regla. Esas alteraciones en el ciclo menstrual, con base en lo que ya se sabe sobre la acción de las vacunas de ARNm (Pfizer y Moderna), podrían darse:

  1. Porque el ARNm de las "vacunas" se distribuye en órganos y tejidos, incluyendo los ovarios, a las 48 a 96 horas post vacunación, elevando su concentración de forma notoria en ellos.

  2. Por tener ARNm encapsulado en nanomoléculas que lo protegen y evitan su degradación, lo cual, favorece el que pueda entrar en las células ováricas y comenzar a producir la proteína Spike. Se sabe que ACE2 (el receptor de Spike) está ampliamente expresado en ovario, útero, vagina y placenta. Además, el eje renina-angiotensina-aldosterona (que desregula Spike al hacer contacto con ACE2) 2 regula el desarrollo de folículos y la ovulación, modula la formación de vasos sanguíneos que aportan nutrientes al cuerpo lúteo y su degeneración y afecta el tejido endometrial y al desarrollo del embrión.

  3. Porque la presencia de Spike en los órganos reproductores femeninos puede alterar las funciones reproductivas a través de su acción sobre ACE2

  El 25% de las mujeres que contraen "Covid-19" también ven alteraciones en su ciclo. El Covid-19 asociado a SARS-CoV-2 es en muchos aspectos clínicamente indistinguible del Covid-19 post vacunación (asociado a la producción endógena de la proteína Spike por nuestras células). La diferencia es que no se ha visto que el virus SARS-CoV-2 sea capaz de replicar de forma eficiente en el ovario, ni cuanta proteína Spike se genera en el ovario tras esa infección, mientras que conforme a los datos presentados arriba, sí es real que las células ováricas producirán esa proteína.

  Diversas mujeres de distintas partes de Estados Unidos han reportado que sus ciclos menstruales sufrieron alteraciones tras recibir la "vacuna" antiCovid-19. Algunos de esos cambios incluyen que el periodo iniciara antes de lo habitual, fuera más doloroso y de sangrado más abundante, asimismo, se reportaron hemorragias repentinas e inesperadas o manchado entre las mujeres que toman anticonceptivos de acción prolongada o

aquellas que atraviesan la etapa posterior a la menopausia y no han menstruado en años o incluso décadas.

Kate Clancy, profesional en ecología reproductiva humana y profesora adjunta de antropología en la Universidad de Illinois Urbana-Champaign, y Katharine Lee, antropóloga biológica que estudia la salud de la mujer en la Facultad de Medicina de la Universidad Washington en St. Louis, cuentan con más de 140 000 informes de personas cuyo periodo menstrual ha sufrido alteraciones después de "vacunarse" contra la Covid-19 y los están documentando de manera formal en un estudio abierto.

En un editorial que se publicó en The BMJ, Victoria Male, profesora de inmunología reproductiva en el Imperial College de Londres, afirmó que "parece plausible que exista un vínculo biológico entre la "vacuna" antiCovid-19 y los cambios menstruales que se han presentado después, así que es necesario investigarlo".

"Se han reportado alteraciones menstruales tras recibir "vacunas" antiCovid-19 de ARNm y adenovirus, lo que sugiere que, **si existe una conexión, es probable que se deba a la respuesta inmunológica ante la "vacuna" y no a un componente específico de la misma**. También se ha asociado la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) con alteraciones en la menstruación.

Algunos mecanismos plausibles en términos biológicos que relacionan la estimulación inmunológica con los cambios menstruales, incluyen la manera en que el sistema inmunológico podría influir sobre las hormonas que están involucradas en el ciclo menstrual o cómo las células inmunológicas tienen que ver con algunos cambios en el revestimiento del útero, las cuáles son responsables de que este tejido se desarrolle y se elimine de forma cíclica".

Lindsay Janci Chunn, Ph. D., una destacada toxicóloga y bióloga molecular que trabaja con M.D. Anderson Cancer Center-Houston, habló en la reunión del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los CDC que se llevó a cabo el 23 de abril de 2021.

El tema principal de la reunión fueron los trastornos de coagulación de la sangre que se han presentado después de recibir las "vacunas" y, durante los comentarios públicos, Lindsay solicitó que la aplicación de vacunas de terapia genética se detuviera de inmediato debido a que existen diversas inquietudes acerca de su seguridad, entre las cuales se encuentran las que giran en torno a la fertilidad. Declaró lo siguiente:

"**Las 'vacunas" antiCovid podrían inducir la reacción cruzada de anticuerpos contra la sincitina y, de esta manera, afectar la fertilidad y el embarazo**. Primero que nada, **hay una razón factible para creer que las 'vacunas' antiCovid podrían tener una reacción cruzada con la sincitina y las proteínas reproductivas de los espermatozoides, los óvulos y la placenta, lo que puede provocar**

daños en la fertilidad, al igual que en el desarrollo de la reproducción y la gestación".

El Ph.D. Bill Gallaher, un virólogo respetado, presentó excelentes argumentos sobre por qué podría darse una reacción cruzada. **Lo que puede ocasionar esto es que la conformación de la lámina beta de la proteína Spike es similar a la de la sincitina-1 y la sincitina-2. No he encontrado un solo estudio inmunológico que refute esto hasta el momento**.

"A pesar de que los fabricantes tardarían solo un día, literalmente, en realizar los estudios de sincitina que podrían determinar esto, una vez que contaran con suero de personas "vacunadas"; ya ha pasado más de un año desde que se afirmó por primera vez que esto podría ocurrir (que el cuerpo atacara sus propias proteínas de sincitina debido a que su estructura es similar a la de la proteína Spike)".

Lindsay señaló algo más: se reportaron 100 abortos espontáneos en Estados Unidos ante el Sistema Nacional de Notificación de Eventos Adversos de las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) desde el 9 de abril de 2021, lo cual es otro motivo para detener la aplicación de estas "vacunas". Otros informes de reacciones ante las "vacunas" antiCovid-19 que son motivo de preocupación incluyen la alteración de la espermatogénesis y restos de placenta, algo en lo que la sincitina desempeñó un papel importante.

Lindsay advirtió que **estas señales de alerta son tan graves como para que toda una generación corra el riesgo de desarrollar esterilidad, a menos que dejen de aplicarse las "vacunas" antiCovid-19** hasta que no se realicen más investigaciones:

"Simplemente, no podemos dejar que nuestros niños reciban estas "vacunas" cuando tienen un riesgo de 0.002 % de mortalidad por Covid en caso de infectarse, y tampoco podemos permitirlo en ninguna persona que se encuentre en edad fértil sin investigar a fondo este asunto.

Si lo hacemos, es posible que una generación entera se vuelva estéril. Se especula que esto no sucederá y se han presentado unos cuantos informes anecdóticos de embarazos durante del ensayo, no obstante, esto no es prueba suficiente de que lo que se mencionó no vaya a afectar a toda la población".

"Hay pruebas sólidas de que **existe una fuga inmunológica**, y de que la inoculación de estas 'vacunas', que se llevó a cabo debido a la presión de la pandemia, ocasionó que surgieran mutantes más letales que podrían infectar a un grupo demográfico más joven y causar más muertes relacionadas con el Covid en toda la población, en comparación con las que se habrían producido si no se hubiera intervenido de esta forma. En otras

palabras, **hay evidencia que respalda que las 'vacunas' podrían agravar la pandemia**".

Como podemos comprobar, hay mucha especulación con base científica acerca de trastornos menstruales en mujeres que recibieron la "vacuna" contra SARS-CoV-2. Asimismo, una revisión de los sistemas de registro de eventos adversos post-"vacunación" muestra un número alto de trastornos menstruales, varias veces mayor a la que se reporta con otras vacunas comunes. A pesar de ser inusuales en número esos testimonios y los reportes a VAERS, FAERS, Eudravigilance, etc., en sí mismos no constituyen evidencia científica de una relación causal entre las "vacunas" contra SARS-CoV-2 y trastornos menstruales.

Cuando se busca investigar de manera científica una posible asociación causal entre un evento (por ejemplo, recibir la "vacuna" contra SARS-CoV-2) y un desenlace (por ejemplo, tener una alteración menstrual), hay varios criterios que necesitan cumplirse. Me limito a enfocarme en el criterio de la plausibilidad biológica. Es decir, uno de los criterios para comenzar a investigar una posible asociación causal es contar con una explicación del mecanismo potencial por el que puede darse el desenlace después del evento. En este caso, se conoce dicho mecanismo: El estudio de farmacocinética de Pfizer, mostró que el ARNm de la "vacuna" era detectable en los ovarios al menos a las 96 horas post-vacunación. Aclaro que no se tiene esta información para las "vacunas" vectorizadas contra SARS-CoV-2, y los estudios realizados con candidatos vacunales contra Ébola, basados en adenovirus, mostraron que si bien no es común, puede llegar a encontrarse el virus vacunal en otros tejidos, pero no detectaron su presencia en ovarios. El que el ARNm de la "vacuna" llegue a los ovarios es importante, ya que con base en lo que se sabe sobre la inmunogenicidad del ARNm, es plausible que su presencia en los ovarios y/o endometrio pudiera activar las cascadas de eventos pro-inflamatorios (es decir, el inflamasoma) del tracto reproductivo. En otras palabras, hay una explicación plausible sobre cómo podría darse una alteración hormonal reproductiva debido a la "vacunación". Otra explicación plausible de cambios en el sangrado menstrual serían las alteraciones en la coagulación provocadas por las "vacunas" de ARNm y las vectorizadas y que podrían generar sangrado abundante al impactar la capacidad de reparar el sangrado endometrial.

El 12 de octubre, científicos de las universidades de Washington, Illinois y Harvard, lidereados por Katharine MN Lee, publicaron en MedRix un estudio que evaluó de forma epidemiológica la relación entre las "vacunas" contra SARS-CoV-2 y desórdenes menstruales. Los autores investigaron cambios en el sangrado menstrual entre mujeres en edad reproductiva y post-menopausia. Para esto, contaron con casi 40 000 participantes de entre 18 y 80 años de edad (media: 33 años) que habían recibido el esquema de "vacunación" completa y que no habían contraído Covid-19. Más de la mitad habían sido "vacunadas" con Pfizer (n=21 620 participantes), seguidas por

Moderna (13 001), Johnson & Johnson (3469), Astrazeneca (751), Novavax (61) y otras (204).

Encontraron que entre mujeres "vacunadas", el 42% de aquellas con ciclos menstruales regulares experimentaron sangrados más intensos que lo usual, mientras que el 44% no reportó ningún cambio. Entre mujeres que utilizan anticonceptivos de acción larga, el 71% de ellas reportó sangrado y el 66% de las mujeres post menopáusicas reportaron sangrado. El sangrado incrementado o no esperado se asoció de forma significativa a la edad y a la ocurrencia de otros efectos adversos post-vacunación, entre otros. No encontraron diferencias significativas en las alteraciones menstruales entre mujeres "vacunadas" con Pfizer y con Moderna. El número de muestras de las otras "vacunas" fue muy pequeño para poder realizar el análisis con un adecuado poder estadístico.

Si bien los autores indican que no suelen ser peligrosos los cambios menstruales, se requiere estudiar estos fenómenos, sobre todo como una forma de mejorar la confianza en la medicina por parte del público. Es importante aclarar que este estudio aun se encuentra en proceso de revisión por pares.

En resumen, **ya existe evidencia científica, estudiada en un marco epidemiológico, de asociación entre la "vacunación" contra SARS-CoV-2 y desórdenes menstruales**. El mecanismo biológico que explicaría esta asociación ya se ha propuesto, por lo que no sería correcto subestimar dicha asociación estadística. Con base en la evidencia disponible, se muestra una asociación causal que debe de ser explorada más profundamente.

El mimetismo molecular es el parecido que existe entre antígenos; en este caso, **entre la glicoproteína Spike del SARS-CoV-2 y las proteínas propias de los tejidos humanos**. **Es un mecanismo que puede contribuir a la infertilidad femenina y masculina, al generar autoanticuerpos que reaccionan contra los órganos de la reproducción humana**.

Las similitudes que existen en la secuencia de aminoácidos entre los patógenos y el huésped humano pueden conducir a patologías autoinmunes a través de fenómenos de reactividad cruzada que ocurren después de la infección del patógeno.

En la vacunología existe un concepto básico según el cual solo las secuencias peptídicas derivadas de patógenos que están ausentes en el ser humano, es decir, péptidos «no propios», puede conducir a inmunoterapias seguras y eficaces. ***Se ha reunido evidencia experimental de que tan solo se necesita un bajo nivel de similitud de secuencia con el proteoma del huésped para modular respuestas de células B y la generación del repertorio de anticuerpos asociados con múltiples***

patologías de enfermedades infecciosas, cáncer, autoinmunidad, hipertensión, obesidad y alergia.

Los hallazgos científicos recientes acerca de la similitud entre la glicoproteína Spike y los tejidos humanos nos obligan a estar atentos y a hacer un seguimiento clínico de los pacientes "vacunados" contra Covid-19, por los problemas de posibles enfermedades autoinmunes, cáncer e infertilidad que puedan aparecer entre la población "vacunada".

De aquí también **se desprenden los** conflictos éticos **que surgen en torno a la "vacunación" masiva contra Covid-19 en niños y jóvenes (un grupo etario que no es suceptible de padecer una enfermedad severa por SARS-CoV-2) sin olvidar que son "vacunas" autorizadas de emergencia, que no cuentan con estudios de fase 1, 2 y 3 acabados, cuya eficacia no fue la que inicialmente se informó, y destacando que son "vacunas" que carecen de estudios de seguridad de duración adecuada como para garantizar que a mediano y largo plazo no aparecerán enfermedades de mayor gravedad y complejidad que la propia infección por SARS-CoV-2**.

La evidencia científica, médica y epidemiológica **acumulada es suficiente para detener de inmediato la vacunación masiva experimental de los adultos y para no continuar, por principio precautorio y por razones éticas, la vacunación de niños y adolescentes. Los daños causados por las "vacunas" contra Covid-19 serán más serios que la enfermedad natural**.

- Las "vacunas" de ARNm y las vectorizadas contra SARS-CoV-2, se basan en (por dos mecanismos diferentes) lograr que nuestras células comiencen a producir la proteína. **Sabemos que el ARNm (y presumiblemente, los vectores virales de las "vacunas"), no se limita a los sitios de inoculación; que viaja por el torrente sanguíneo y la linfa hacia otros tejidos y órganos** (28) (29) (30), incluyendo el sistema nervioso; reconocido en un documento interno de Pfizer (31), en un documento del regulador Japonés (32) o en el primer informe de una autopsia practicada a una persona "vacunada" (33); esto se sabía, al menos, desde el 2017, por un estudio hecho con una vacuna de ARNm contra el virus de Influenza A que estaba en etapa preclínica (34).

- **La proteína Spike induce a que las células donde se encuentra, generen exosomas** (bolsitas hechas de membrana de los organelos de las células) **que contienen microARNs y que estos viajan hacia el sistema nervioso, ejerciendo una inflamación descontrolada en el cerebro** (35). La proteína espiga promueve la pérdida de la integridad de la barrera hematoencefálica, es decir, puede agujerear la barrera.

- **En diversos estudios se afirma que la proteína S cambia la señalización celular al unirse al receptor ACE2, esto significa que da**

instrucciones a la célula para que altere sus funciones, lo que es particularmente grave en las células inmunes ya que las vuelve ineficientes, facilitando los procesos inflamatorios y la susceptibilidad a enfermar por cualquier patógeno (36) (37) (38).

- Otros investigadores también han estudiado los **problemas producidos por la proteína espiga y los anticuerpos que el organismo genera cuando es inyectada, atacando hasta 28 tejidos humanos, lo que explica las enfermedades autoinmunes que los "vacunados" pueden desarrollar** (39) (40).

- El daño directo a bazo y páncreas (órganos en que acumulan las LNP vacunales) y el estado basal de inflamación crónica, deterioro de la respuesta inmunológica y alteración de la coagulación; parecen ser los mecanismos fisiopatológicos que contribuyen al aumento de la morbimortalidad de la Covid-19 en las personas diabéticas, así como al mayor daño producido por las "vacunas" Covid en los diabéticos (41).

- Stephanie Seneff, la científica investigadora principal del Instituto de Tecnología de Massachusetts; dijo que ahora está claro que el contenido de la "vacuna" que se está administrando, **las nanopartículas lipídicas (LNP) que contienen el ARNm codificante de la proteína espiga, llegan al bazo y a las glándulas, incluidos los ovarios y las glándulas suprarrenales, y mientras se va vertiendo circula por el torrente sanguíneo, donde está causando un daño sistémico**. Los receptores ACE2 son comunes en el corazón y el cerebro, y así es como la proteína espiga causa problemas cardiovasculares y cognitivos. La proteína Spike interrumpe la función de los pericitos cardíacos humanos a través de la señalización mediada por el receptor CD147: un posible mecanismo no infeccioso de la enfermedad microvascular Covid-19. Se une a las células del corazón llamadas pericitos, que recubren los pequeños vasos del corazón. Esto desencadena una cascada de cambios que interrumpen la función celular y provocan inflamación.

  La patología y los síntomas que están teniendo muchos vacunados Covid (trombosis con trombocitopenia, accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares y miocarditis) se correlaciona perfectamente con los problemas que causa la proteína espiga, según se ha determinado experimentalmente. Está recogido en los estudios científicos citados en este apartado. **Es de destacar que en otros órganos donde se acumulan las nanopartículas lipídicas como el ovario, se están produciendo diversas alteraciones como lo demuestra la notificación de un elevado número de mujeres con problemas relacionados con la menstruación** (42).

  "La proteína Spike que producen estas 'vacunas' de ARNm no puede entrar en la membrana, lo que creo que va a alentarla para que se convierta en una proteína priónica que dará problemas. Después, cuando se inflama,

regula ascendentemente la alfa-sinucleína [una proteína neuronal que regula el tráfico sináptico y la liberación de neurotransmisores].

Entonces, la alfa-sinucleína se incrustará en las proteínas Spike mal plegadas, lo que causa un gran problema dentro de las células dendríticas en los centros germinales del bazo. Y eso recolectará toda esta basura en exosomas y los liberarán. Luego viajarán a lo largo del nervio vago hasta el tallo cerebral y causarán problemas como la enfermedad de Parkinson.

Y tal vez hará que las personas que no son propensas a la enfermedad de Parkinson la contraigan, en especial si reciben la "vacuna" cada año. Cada año que reciba un refuerzo, se acercará a la fecha para contraer la enfermedad de Parkinson".

- Los enfermos de Covid de larga duración son aquellos que experimentan síntomas continuos durante muchos meses después de recuperarse de la infección por SARS-COV-2. El Dr. Ram Yogendra es parte de un grupo de médicos que estudia y trata a estos pacientes. Este grupo descubrió recientemente algo fascinante; esos enfermos, tenían trozos de proteína de pico (subunidad S1) en sus monocitos no clásicos, que son células inmunes que se pueden considerar como células "recolectoras de basura". Estos trozos de espiga lograron persistir entre los monocitos durante meses después de la infección. Además, hay algunos receptores de la "vacuna" que nunca tuvieron Covid, que también han experimentado síntomas similares a los de larga duración que persisten durante meses después de la "vacunación". Estos pacientes también tenían trozos de picos en sus monocitos no clásicos. El Dr. Yogendra es pro-vacuna y ha mencionado que ha sido "vacunado" con una de las "vacunas" Covid. Resumamos los hallazgos:

  El pico codificado por la "vacuna" puede: 1) persistir durante mucho más tiempo del que deseamos, a veces meses, dentro de monocitos no clásicos, y 2) puede terminar por todas partes, incluido el cerebro, porque los monocitos pueden atravesar la barrera hematoencefálica, y 3) puede causar síntomas prolongados y/o daños durante meses después de la "vacunación". También parece, pero aún debe confirmarse, que 4) se encontraron trozos de picos en los monocitos incluso en algunos receptores de la "vacuna" que no presentaban síntomas.

- **La secuencia del ARNm que tiene la información para que nuestras células elaboren Spike** (al menos en la "vacuna" Pfizer) **tiene** unas regiones que se conocen como "**péptido señal**", lo que sugiere que la **proteína no se queda dentro del citoplasma de las células que la están produciendo posteriormente a la "vacunación", sino que se va a la membrana**. De ahí, que se pueda dar el "**shedding"** (43) (44) **o eliminación de Spike en orina, saliva o** fluidos sexuales **de las personas "vacunadas"**; recogido en un documento interno de Pfizer (45), analizado por doctores de prestigio (46) (47) (48) (49), recogido en un

documento interno de los CDC (50) o comentado en artículos periodísticos (51).

Por una parte se constata el hecho de que la epidemia no termina con una curva en campana característica de cualquier epidemia, sino que se producen nuevas variantes y oleadas de enfermos y hospitalizados desde que se inició la "vacunación" masiva. Sin contar la olas artificiales infladas por test PCR inespecíficos, se está considerando "caso Covid" cualquier cuadro clínico, e incluso no clínico ya que se habla de "enfermos asintomáticos", que tenga toda persona que da positivo a una PCR. Hasta se está incluyendo, al menos como caso "sospechoso de Covid", cualquier proceso respiratorio o digestivo disfuncional. Por eso si da negativo se repite y repite una y otra vez el test, hasta que de positivo. Esto es especialmente relevante durante las temporadas invernales en los distintos hemisferios terrestres, en las que aumenta el nº de casos leves y graves, al igual que ocurre en las epidemias gripales. Hay que tener en cuenta que **el Síndrome Covid Grave es una complicación autoinmune de un proceso de tipo gripal, como lo demuestra el dato de que a los siete días de enfermar es cuando se desencadena el cuadro hiperinflamatorio grave y ya no se corresponde con cultivo viral positivo**.

Por otra parte conocemos numerosos casos, algunos de ellos muy mediáticos como el de un conocido presentador de Tv española, en el que él recién "vacunado" enferma y contagia a su familia. El fenómeno del contagio es una EVIDENCIA aunque la explicación de dicho fenómeno no sea simple. Los vectores portadores de la información patógena pueden ser partículas de tipo viral que emitan los "vacunados" sintomáticos (sabemos que las células diana de la proteína espiga generan exosomas que contienen micro ARNs) o bien fragmentos peptídicos de la proteína espiga eliminados por los "vacunados" por la saliva o la orina, ya que ha sido demostrado que no es precisa la proteína completa para unirse al receptor celular y causar daño compatible con el cuadro Covid. No debemos olvidar que hace tiempo que se lleva trabajando en "vacunas" que se autotransmiten como una enfermedad, sin necesidad física de "vacunar" (52) (53), lo cual, hace todavía más probable que la transmisión de la esa proteína, sea real. La proteína Spike si se puede convertir en una proteína priónica, no es descabellado pensar que también tengan un comportamiento similar en cuanto a transmisión aerea.

Los síntomas del posible contagio: dolores de cabeza masivos, micro-coágulos y hematomas repentinos en todo el cuerpo, ciclos menstruales excepcionalmente abundantes tanto en las jóvenes como en las posmenopáusicas, abortos espontáneos, reducción de la leche materna, esterilidad entre mujeres y hombres, mascotas domésticas que mueren poco después de que los dueños obtienen el suero. Algo se transfiere de uno a otro, probablemente a través de la respiración, complementado con un tipo de resonancia simpática o emanación de feromonas. El método de

transferencia no está claro en este momento, pero ciertamente está sucediendo.

Un equipo de científicos de la Universidad de California, Riverside, está investigando formas de convertir alimentos en "vacunas" de ARNm. Están estudiando actualmente si pueden convertir plantas comestibles, como lechuga y espinaca, en vacunas de ARNm que las personas puedan cultivar por sí mismas. El proyecto de investigación tiene tres objetivos: mostrar que las "vacunas" de ARNm que contienen ADN se pueden integrar con éxito en las células vegetales; para demostrar que las plantas pueden replicar suficiente ARNm para competir con los métodos de inyección actuales; y para determinar la dosis correcta. "Idealmente, una sola planta produciría suficiente ARNm para "vacunar: a una sola persona".

También se están llevando a cabo investigaciones similares sobre una "vacuna" contra el Covid-19 comestible. Un equipo de científicos dirigido por Allyson MacLean, profesora asistente en el Departamento de Biología de la Universidad de Ottawa, ha estado trabajando en un medio alternativo de inmunización contra el virus durante más de un año. Si el proyecto de investigación de la UCR tiene éxito, no solo podría hacer posibles las "vacunas" de ARNm comestibles, sino también crear una "vacuna" de ARNm capaz de almacenarse a temperatura ambiente. El proyecto de investigación cuenta con el respaldo de una subvención de 500 000 dólares de la Fundación Nacional de Ciencias de Estafos Unidos.

Las "vacunas" de Covid están eliminando proteínas de pico letales a través de "nanopartículas que penetran la piel". Nuevos documentos muestran que apenas 18 meses antes de que aparecieran los primeros casos de Covid-19, los investigadores habían presentado planes para liberar nanopartículas que penetran en la piel y que contienen "nuevas proteínas quiméricas de pico" de coronavirus de murciélago en murciélagos de cueva en Yunnan, China. También planearon crear virus quiméricos, mejorados genéticamente para infectar a los humanos más fácilmente, y solicitaron 14 millones de dólares a la Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada de Defensa (Darpa) para financiar el trabajo. Los documentos, confirmados como genuinos por un ex miembro de la administración Trump, muestran que esperaban introducir "sitios de escisión específicos para humanos" para los coronavirus de murciélagos, lo que facilitaría la entrada del virus en las células humanas.

Cancelación de la proteína Spike

La doctora Judy Mikovitz afirma que el antídoto perfecto para las "vacunas" y la proteína Spike, es la suramina:

Disminuye aún más las actividades de una gran cantidad de enzimas involucradas en la síntesis y modificación de ADN y ARN, es decir, inhibe la replicación y modificación inapropiadas de ARN y ADN. También muestra efectos inhibidores

contra los componentes de la cascada de la coagulación. La coagulación excesiva causa coágulos sanguíneos, minicoágulos, derrames cerebrales y ciclos menstruales inusualmente abundantes. Esta es la razón por la que tantas personas mueren hoy de coágulos de sangre después de recibir el suero, y por qué otras ahora muestran hematomas inexplicables después de entrar en contacto con alguien que ha tomado el suero.

Las agujas de pino frescas de árboles apropiados se han utilizado durante siglos como fuentes de vitamina C y otros fitoquímicos que los nativos americanos usaban para tratar infecciones respiratorias y otras dolencias. La vitamina C es una cura conocida para el escorbuto, ya que el escorbuto es una enfermedad por deficiencia de vitamina C. Las agujas de pino contienen muchas otras sustancias que parecen reducir la agregación plaquetaria en la sangre, previniendo potencialmente los coágulos de sangre que conducen a accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos y diagnósticos de embolia pulmonar.

Las agujas de pino contienen ácido shikímico, la misma molécula que se encuentra en la hierba de anís estrellado utilizada en la medicina tradicional china para tratar plagas y enfermedades respiratorias. "El ácido shikímico, cuando se separó por HPLC, mostró un efecto inhibidor dependiente de la dosis sobre la agregación plaquetaria inducida por el difosfato de adenosina y el colágeno en conejos. Debido al contenido relativamente alto y la buena actividad antiagregante plaquetaria del ácido shikímico, las agujas de pino de Masson pueden usarse como una fuente potencial de ácido shikímico". El té de agujas de pino proporciona un beneficio debido al hecho de que es un extracto suave directo de toda la hierba que deja muchas de sus propiedades intactas que podrían ser destruidas por el calor excesivo durante la destilación y la disección posterior de sus muchos componentes nutritivos. El té de pino, abeto, cedro y aguja de abeto puede terminar siendo la forma más fácil de obtener los numerosos beneficios de los árboles de hoja perenne, junto con una protección natural contra las replicaciones poco saludables de las proteínas Spike en la actualidad.

El ácido shikímico muestra eficacia como molécula antiviral que también inhibe la replicación viral en el cuerpo. También se ha demostrado que los derivados del ácido shikímico exhiben una actividad biológica útil. En particular, el conocido medicamento antiviral oseltamivir (Tamiflu), que actúa como inhibidor de la neuraminidasa viral, se usa para tratar la influenza estacional y se ha utilizado durante los brotes de influenza H1N1. Además, se ha demostrado que los análogos de shikimato fluorados inhiben P. falciparum y se han probado como fármacos antipalúdicos. Además, algún derivado de ácido shikímico muestra un comportamiento anticanceroso, antivírico y antibiótico, y el ácido triacetilsiquímico exhibe actividad anticoagulante y antitrombótica.

El resultado de todo esto es que una posible "cura" para la Covid, o al menos una defensa contra la transmisión de la enfermedad, parece haber sido proporcionada por la madre naturaleza y está disponible en varios continentes.

Un artículo informó de que ciertos anticuerpos en la sangre de pacientes infectados parecen cambiar la forma de la proteína de punta para hacer que sea más probable que se una a las células. Mientras que otros artículos mostraron que la proteína de pico por sí misma (sin ser parte del virus corona) puede dañar las células endoteliales y alterar la barrera hematoencefálica. Estos hallazgos pueden ser aún más relevantes para la patogenia del síndrome de Covid prolongado que puede afectar hasta al 50% de las personas infectadas con SARS-CoV-2. En Covid-19, se requiere una respuesta al estrés oxidativo aumentando las enzimas antioxidantes. En este sentido, se sabe que los polifenoles son antioxidantes naturales con múltiples efectos sobre la salud. Por lo tanto, existen aún más razones para intervenir con el uso de compuestos antioxidantes, como la luteolina, además de los medicamentos antiinflamatorios disponibles para prevenir las acciones nocivas de la proteína de pico.

En un estudio cuyo objetivo era evaluar si los péptidos de la proteína S podrían causar un impacto negativo en los animales acuáticos, se analizó la toxicidad acuática de los derivados de péptidos proteicos Spike del SARS-CoV-2 en renacuajos (n=50 renacuajos/5 réplicas de 10 animales) de la especie Physalaemus cuvieri (Leptodactylidae). Tras la síntesis, purificación y caracterización de péptidos (PSDP2001, PSDP2002, PSDP2003) se simuló una contaminación acuática con estos péptidos durante 24 h de exposición en dos concentraciones (100 y 500 ng / mL). Se evaluaron los biomarcadores antioxidantes y la actividad AChE. En ambas concentraciones, PSPD2002 y PSPD2003 aumentaron la actividad de las enzimas antioxidantes catalasa y superóxido dismutasa, así como el estrés oxidativo (niveles de nitrito, peróxido de hidrógeno y especies reactivas de oxígeno). Los tres péptidos también aumentaron la actividad de la acetilcolinesterasa en la concentración más alta. Estos péptidos mostraron interacciones moleculares in silico con acetilcolinesterasa y enzimas antioxidantes. La contaminación por partículas acuáticas de SARS-CoV-2 tiene un efecto colinesterásico en los renacuajos de P. cuvieri. Estos hallazgos indican que el Covid-19 puede constituir un impacto ambiental o potencial de daño biológico, así como estrés oxidativo (niveles de nitrito, peróxido de hidrógeno y especies reactivas de oxígeno).

Un estudio universitario alemán descubrió que el diente de león (Taraxacum officinale) puede bloquear la unión de las proteínas de la espiga a los receptores de la superficie celular ACE2 en las células pulmonares y renales humanas, es decir, es capaz de bloquear a la proteína espiga. El extracto acuoso de diente de león, obtenido a partir de las hojas secas de la planta, fue eficaz contra la proteína de la espiga D614 y una variedad de cepas mutantes, incluyendo D614G, N501Y, K417N y E484K. Existen otros trabajos según los cuales hay otros compuestos naturales que también impedirían ese acoplamiento: la nobiletina y la neohesperidina (flavonoides presentes sobre todo en limones, naranjas y mandarinas), la glicirricina (principio activo de la raíz de regaliz), la punicalagina (se encuentra en la cáscara de las granadas) y el ácido elágico (presente en muchas plantas).

Dr. Joseph Mercola:

“Yo creo que lo mejor que puede hacer es desarrollar su sistema inmunológico innato. Para hacer eso, necesita ser metabólicamente flexible y optimizar su alimentación. También debe **asegurarse de que su nivel de vitamina D se encuentre entre 60 ng/mL y 80 ng/mL (100 nmol/L a 150 nmol/L)**.

Le recomiendo comer con restricción de tiempo, que es un régimen donde come todas sus comidas del día dentro de un período de seis a ocho horas. La alimentación con restricción de tiempo regulará ascendentemente la autofagia, lo que **podría ayudar a digerir y eliminar la proteína Spike**. Evite todos los aceites vegetales y alimentos procesados. Concéntrese en alimentos orgánicos certificados para minimizar su exposición al glifosato.

La terapia de sauna también puede ser muy efectiva, ya que regula ascendentemente las proteínas de choque térmico, que pueden ayudar a replegar las proteínas mal plegadas. También ataca a las proteínas dañadas y las elimina”.

Uno de los mayores problemas observados hasta ahora con respecto a las “vacunas” antiCovid-19, es el hecho de que causan una grave coagulación de la sangre y “grumos” en algunas personas. La buena noticia es que existe una forma de combatir este daño cardiovascular mediante la ozonoterapia.

El Dr. Thomas E. Levy, MD, JD, publicó recientemente un artículo en el Servicio de Noticias de Medicina Ortomolecular (OMNS) que explica cómo ***los tratamientos con ozono pueden "cancelar la proteína de pico" introducida por las inoculaciones***. La evidencia visual que presenta, ver a continuación, es realmente impresionante:

Como puede ver en la primera imagen, las células sanguíneas del paciente están todas coaguladas debido a haber sido envenenadas por las “vacunas” antiCovid. La segunda imagen, comparativamente, muestra esas mismas células sanguíneas ajustadas de nuevo a su estado normal después del tratamiento. Ambas imágenes son de células sanguíneas analizadas de una mujer de 62 años que recibió una inyección.

Ahora, observe las siguientes dos imágenes de células sanguíneas de otro paciente. En este caso, un joven recibió una “vacuna” contra la Covid-19 y 15 días después desarrolló lo que se muestra en la primera imagen: una coagulación de sangre grave incluso más inquietante que las imágenes anteriores. Después de recibir ozonoterapia, sus células sanguíneas se normalizaron para convertirse en lo que se muestra en la segunda imagen.

“**En condiciones de inflamación y estrés oxidativo aumentado sistémicamente, los glóbulos rojos (glóbulos rojos) pueden agregarse en diversos grados, a veces pegándose como pilas de monedas con ramificaciones de las pilas que se observan cuando la adherencia es máxima”**, escribe Levy.

"**<u>Esto se conoce como formación de rouleaux de los glóbulos rojos</u>**. Cuando esta formación de rouleaux es pronunciada, se observa un aumento de la viscosidad (espesor) de la sangre y una mayor resistencia al flujo normal y sin obstáculos de la sangre, especialmente en la microcirculación".

VARIANTES

Una palabra de moda en el discurso oficial, ampliamente utilizada por las autoridades para fomentar la vacunación y que no suele estar bien empleada. Lo primero, sería definir qué significa el término y, para ello, habría que hacerlo en conjunto con otros dos: cepas y mutaciones.

Mutaciones, son cambios que tienen los virus a nivel genético. Esas mutaciones, se agrupan en variantes, "ramas" o linajes (por ejemplo, una de las variantes más conocidas es la B.1.1.7 del Reino Unido; incluye 23 mutaciones con respecto al virus encontrado en China). Cuando hay demasiadas mutaciones que provocan un cambio sustancial, entonces se forma una nueva cepa o nueva especie de virus. Considerando lo expuesto, las autoridades, no están empleando el término de forma adecuada.

Las mutaciones ocurren con bastante frecuencia en los virus de ARN. Estos surgen típicamente cuando el virus está bajo presión selectiva, por ejemplo, por anticuerpos que limitan pero no eliminan la replicación viral. La noticia positiva es que alguna vez se pensó que las cepas más antiguas del virus del resfriado, que ahora son relativamente inofensivas, eran mucho más peligrosas, han mutado a través de una serie de variantes en algo menos dañino (1). Los virus tienen "inteligencia biológica" por lo que "tienden a mutar hacia mejor" y, esas mutaciones "lo que hacen es "disminuir la agresividad de los mismos", al virus no le interesa matar a la población a la que afecta, ya que sin células de otros no se puede reproducir y, por tanto, si acaba con la población, acaba consigo mismo. Dicho de otra manera, las mutaciones lo que hacen es disminuir la agresividad del virus una vez que se ha expandido y se establece. En el caso del SARS-CoV-2, la mayoría de las mutaciones se producen en proteína de pico, aunque se han encontrado mutaciones a lo largo de todo el genoma. Hay regiones del SARS-CoV-2 que parecen cambiar constantemente, lo cual sugiere que el virus puede tolerar bien esos cambios. En otras regiones, las mutaciones son muy escasas, señalando puntos críticos en el genoma que no pueden tolerar mutaciones. Que el virus mute es incluso útil, así es como se ha logrado rastrear el paso del mismo por todo el planeta. Conforme avanza la pandemia, el "genoma" del virus ha ido cambiando, y científicos de distintos países han compartido sus "secuencias" en bases de datos abiertas que investigadores de otras regiones pueden consultar.

Una mutación genética no es más que un cambio en una o más letras del genoma. Y, de hecho, la mayor parte del tiempo las mutaciones no tienen ningún efecto. El genoma del coronavirus, por ejemplo, está compuesto de 30 mil letras organizadas en grupos de tres. Cada uno de esos tripletes provee el código para crear unidades llamadas aminoácidos, que serán los tabiques de las 29 proteínas

que componen al virus: desde las que supuestamente usa para infectar a nuestras células hasta las que emplea para camuflar su propio material genético de los sistemas siempre vigilantes del cuerpo humano. Distintos tripletes pueden codificar el mismo aminoácido. Por ello, una mutación en una o más letras no necesariamente cambiará el aminoácido final. Incluso si lo hiciera, eso no significa que la proteína se comportará de diferente manera.

Virus como los de influenza, el VIH y el SARS-CoV-2, mutan frecuentemente. Por eso, cuando la pandemia de Covid-19 comenzó en China, la comunidad científica se había preparado para lidiar con un patógeno que siguiera esa regla. Pero encontraron algo distinto. Este coronavirus muta menos que otros virus, la clave está en una sola proteína. Los coronavirus como familia, incluyendo a los cuatro que infectan humanos, poseen una proteína llamada exoribonucleasa que funciona como mecanismo de corrección. En el momento de que el SARS-CoV-2, por ejemplo, crea una réplica de su genoma dentro de una célula humana, la exoribonucleasa es la clave para que el virus mute menos, pues puede detectar errores o mutaciones, regresarse y corregirlas. A veces, por supuesto, se equivoca. Y la nueva copia del coronavirus termina con algunas alteraciones.

Al hablar de mutaciones, el miedo más frecuente es que aparezca una variante genética del virus que sea más agresiva, más dañina y más fácil de transmitirse entre personas. Con respecto al SARS-CoV-2, hay algunos trabajos en la bibliografía que hablan sobre esa posibilidad, uno de los más citados en el discurso oficial para justificar su mensaje, es el titulado: "Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of SARS-CoV-2" (2), de abril de 2020. Es un estudio preliminar publicado en bioRxiv en el que científicos del Laboratorio Nacional de Los Alamos aseguran haber analizado más de 6.000 secuencias del coronavirus recopiladas por Global Initiative for Sharing All Influenza Data. Lo primero en que debemos fijarnos, es en el nombre de la revista; en ésta solo se publican estudios preliminares, nunca definitivos y por tanto, no revisados por otros expertos para verificar su veracidad. Es decir, publicar un paper conlleva tiempo ya que debe pasar un riguroso proceso de revisión para comprobar que se ha seguido el método científico. Este estudio preliminar sin embargo no ha pasado el peer review aún, por lo que no puede considerarse algo "definitivo".

El análisis del Laboratorio Nacional de Los Álamos identificó un total de 14 mutaciones de SARS-CoV-2 entre los casi 30 000 bases partes del ARN del genoma del virus. Las mutaciones en cierto modo son normales: un virus muta continuamente y diferencias genéticas no tienen por qué significar comportamiento y funcionamiento distinto siempre. En este caso, los investigadores se fijaron en una mutación concreta llamada D614G, que se da en la proteína Spike (S) y es la responsable del cambio en las puntas/picos del virus. La conclusión que extrajeron los investigadores fue que la nueva mutación, que parecía haberse originado en Europa, consiguió dominar frente al coronavirus original que surgió de Wuhan en China. La cepa proveniente de Europa era la que parecía haberse distribuido más a nivel global. Indicaban que en cuestión de semanas fue la mutación dominante en algunas regiones donde llegó. Basándose en ello, aseguraban que era más infecciosa que la original, lo cual, ya es bastante

temerario e imprudente desde el punto de vista científico, ya que olvidan por completo algo tan básico como otros factores externos, como simplemente el comportamiento social, y las medidas tomadas para frenar la expansión del coronavirus; no demostró si el mayor contagio se debía concretamente al cambio en el genoma del virus o a factores externos. Otro problema que presenta, es que los datos recogidos por la investigación del Laboratorio de Álamos no son datos recogidos al azar, sino que provienen en su mayoría de Europa y América del Norte, y hay que tomarlos por tanto con precaución. Es decir, hay una sobrerepresentación con respecto a otras regiones donde la pandemia llegó.

Cuando estas mutaciones son importantes, generan una variante del virus original (OMS, 30/12/2020) y cuando ellas mejoran su capacidad de infección, ingreso a la célula humana y por ende su patogenicidad, se les denomina Variantes de Preocupación (Variants of Concern -VOC- por sus siglas en Inglés). En el caso del SARS-CoV-2, los estudios actuales se han focalizado en identificar las mutaciones ocurridas en la región del genoma que codifica para la proteína S, por su papel clave en el ingreso del virus a la célula humana.

A día de hoy, supuestamente, se han identificado varias docenas de mutaciones con cambios estructurales en la proteína S, incluso varios estudios han reportado mutaciones que evaden el ataque de anticuerpos monoclonales a la proteína S del virus y además, también se habla de que mutaciones como K417N y E484K, encontradas en las variantes brasileñas y sudafricana, pueden reducir apreciablemente la neutralización del virus por anticuerpos hasta en 10 veces; todo parece muy grave y lo parece todavía más, ayudado por la propaganda de los medios de desinformación, para mantener la campaña del miedo y así, favorecer la vacunación masiva. Curiosamente, lo que esos medios no cuentan, es que todavía no se ha definido con claridad el efecto en la eficacia de los anticuerpos policlonales del sistema inmune, de igual forma, tampoco cuentan que la única manera de demostrar si una mutación cambia realmente la manera en que el virus se comporta, es realizando un montón de experimentos que llevan bastante tiempo y, la ciencia, por el momento, no ha ofrecido respuestas claras al respecto.

A principios de abril de 2021, había una gran preocupación entre algunos científicos de que las estrategias de vacunación subóptimas crearían una presión de selección sobre el virus facilitando la aparición de variantes. Sin embargo, ahora podemos ver que la tasa de letalidad de la última variante Delta se ha reducido al 0.1%. Anteriormente se había calculado que era del 1.9% para la variante Alpha (Kent). La tasa de letalidad por infección será aún menor, ya que no se diagnostican todos los casos (3). Lo que no está muy claro es si la “vacunación” ha aumentado la velocidad a la que llegan a predominar determinadas variantes. **Debido a que la “vacunación” se dirige a una respuesta inmune específica a la proteína de pico, es teóricamente posible que las variantes que puedan evadir esta respuesta inmune particular se seleccionen en la población “vacunada”**. **Los no “vacunados” tienen una respuesta inmune muy amplia a todas las partes del virus a través de diferentes partes del sistema inmunológico que pueden no**

crear la misma presión de selección. Esta hipótesis sugiere más bien lo contrario de lo que se está propagando en los medios.

Las tres primeras variantes importantes surgieron de Brasil, Sudáfrica y el Reino Unido, que fueron todos sitios de ensayos de vacunas, curiosamente. Desde entonces, ha habido más variantes que han aparecido después del despliegue de la vacunación en varios países más. Algunos expertos han especulado sobre la coincidencia de este tipo de hechos y actualmente se está estudiando este fenómeno. En un estudio publicado recientemente como preimpresión y aún no revisado formalmente, Theodora Hatziioannou, viróloga de la Universidad Rockefeller en Nueva York, y sus colegas crearon un "pseudo-coronavirus" que lleva una versión no variante de la proteína de pico. Esto se cultivó en presencia de anticuerpos individuales extraídos de la sangre de personas que habían recibido una de las dos "vacunas" Covid-19 autorizadas por la FDA, una de Pfizer / BioNTech y otra de Moderna. Algunos anticuerpos estimularon al pseudo-SARS-CoV-2 a adquirir varias mutaciones. Intentaron el experimento nuevamente sin anticuerpos presentes y ninguna de las tres mutaciones, desarrollaron las mismas maniobras evasivas.

"Estos datos muestran que estas mutaciones que se acumulan en la proteína de pico son mutaciones de escape de anticuerpos", dice Hatziioannou. "Tan pronto como agregas un anticuerpo específico, ves mutaciones específicas".

Hatziioannou y otros creen que también se pueden encontrar pistas en los genomas de los virus que se establecieron a largo plazo en los cuerpos de pacientes inmunodeprimidos con Covid-19. La teoría predominante era que las mutaciones de escape podrían haber surgido en personas con infecciones crónicas, que podrían estar recibiendo tratamientos con anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia y, por lo tanto, sobrecargar las presiones selectivas a las que tiene que enfrentarse el virus (4). En este estudio (5), se muestra como los anticuerpos generados por los "vacunados" son presión selectiva que disminuye la "eficacia protectora" en los "vacunados".

Este estudio (6) menciona cómo es normal (y esperado) que cambien la dominancia las variantes, y explica el mecanismo por el cual sucede. También muestra que una variante que comenzó a dominar (y por la que el mundo se conmocionó como está haciendo ahora con las nuevas variantes) no es más virulenta, sino más transmisible, que es lo que se esperaría bajo la teoría evolutiva (se selecciona hacia las variantes más transmisibles y eso va de la mano con menor virulencia). Otros dos estudios (7) (8), demuestran que las variantes D614, no son más infecciosas ni transmisibles. En este comentario en la revista Nature (9), se hace hincapié en el error de hablar de que las variantes son más virulentas cuando no lo son.

Los investigadores japoneses que crearon pseudovirus que llevan la mutación, no han encontrado que la variante Delta confiera una mayor infectividad en el laboratorio, y en la India, otras variantes de coronavirus que incluyen la misma mutación han tenido mucho menos éxito que ella (10).

Según una investigación publicada la semana pasada en Scientific Reports (11), **las personas "vacunadas" pueden desempeñar un papel clave para ayudar a que las 'variantes' del SARS-CoV-2 evolucionen en otras que evadan las "vacunas" Covid existentes**. Los investigadores concluyeron que hay tres factores de riesgo específicos que favorecen la aparición y el establecimiento de una cepa resistente a la vacuna. Estos serían, según ellos: una alta probabilidad de aparición inicial de la cepa resistente; elevado número de personas infectadas; y baja tasa de "vacunación". Sin embargo, el análisis también mostró que **el mayor riesgo de establecer una cepa resistente ocurre cuando una gran fracción de la población ya ha sido "vacunada" pero la transmisión no está controlada**. El equipo de científicos dijo que sus hallazgos siguen lo que se conoce como presión selectiva, la fuerza que impulsa a cualquier organismo a evolucionar, confirmado también por el Dr. Antonio Alarcos.

En general, "cuantas más personas estén infectadas, más posibilidades hay de que surja la resistencia a la 'vacuna'", dijo Fyodor Kondrashov, del Instituto de Ciencia y Tecnología de Austria (12).

Los datos son consistentes con un estudio publicado la semana pasada (13) por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que mostró que **las personas "vacunadas" pueden transmitir la variante Delta con la misma facilidad que las personas no "vacunadas"**.

Un documento (14) elaborado por el Grupo Asesor Científico para Emergencias que asesora al Gobierno del Reino Unido sobre futuras variantes de Covid-19 y las consecuencias de ellas, establece claramente que es probable que surja una nueva variante con una tasa de letalidad del 35%, y la razón es que **las actuales inyecciones de Covid-19 que se ofrecen no previenen la infección o transmisión de las variantes existentes de Covid-19**. El documento, se publicó en la web del Gobierno del Reino Unido el 26 de julio de 2021 y explora varios escenarios potenciales que podrían ocurrir en el futuro debido al programa de "vacunación" actual y al uso de medicamentos antivirales. El Grupo Asesor Científico para Emergencias (**SAGE**) declara en el documento que la erradicación del Covid-19 es extremadamente improbable y que tienen una alta confianza en que "siempre habrá variantes". Sin embargo, **afirman que la cantidad de variantes depende de una cosa … El número de medidas de control implementadas por el gobierno del Reino Unido.**

SAGE describe un escenario dentro del documento que establece que existe una posibilidad realista de que pueda surgir una variante de Covid-19 que cause una enfermedad mucho más grave en la población en general de lo que ha ocurrido hasta la fecha. Afirman que incluso podría matar hasta el 35% de las personas a las que infecta. La razón que dan para que ocurra este escenario es que es **muy poco probable que las "vacunas" actuales de Covid-19 que se ofrecen continúen brindando protección contra enfermedades graves** si hay una desviación significativa en la secuencia del gen de pico de las variantes futuras. Sin embargo, SAGE afirma que se esperaría un aumento en las hospitalizaciones y muertes incluso si la secuencia del gen del pico no se desvía en variantes

futuras, fundamentalmente porque según reconoce, **las "vacunas" actuales "no previenen completamente la infección en la MAYORÍA de las personas"**. También admite en el documento, que el **programa de "vacunas" actual podría conducir al desastre.** Afirman que **a medida que las "vacunas" contra Covid-19 se implementan en toda la población, podrían crear una presión de selección para variantes que pueden escapar de la supuesta "inmunidad adquirida por 'vacuna'"**. De igual forma, afirman claramente que **los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus Covid-19 nunca han involucrado el uso del virus Covid-19 en sí**. **En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus**.

Un estudio (15) publicado en la revista PLOS Biology en 2015, diezma por completo la idea de que las "vacunas" para el coronavirus de Wuhan (Covid-19) están ayudando de alguna manera a detener la propagación. Lo que el estudio encontró es que **algunas vacunas**, que el estudio describe como **"imperfectas", en realidad contribuyen a una mayor propagación de la enfermedad.** Las inyecciones "con fugas", ahora sabemos que ejercen una presión selectiva sobre los virus de tal manera que mutan y se pueden volver más virulentos. En el caso de la gripe de Wuhan, esto, puede explicar el que estemos viendo un aumento repentino en la propagación de nuevas "variantes" como "Delta". **Los que reciben esas inyecciones "imperfectas", terminan convirtiéndose en incubadoras andantes de estas nuevas cepas, que parecen extenderse de los vacunados a otras con las que entran en contacto**.

"¿Podrían algunas vacunas impulsar la evolución de patógenos más virulentos?", se pregunta el estudio en su resumen. "La sabiduría convencional es que la selección natural eliminará patógenos altamente letales si la muerte del huésped reduce en gran medida la transmisión". "**Las vacunas que mantienen vivos a los huéspedes pero aún así permiten la transmisión, podrían permitir que circulen cepas muy virulentas en una población**". **La llamada "inmunidad" provocada por las inyecciones no puede prevenir la infección, la replicación viral y la transmisión. "Nuestros datos muestran que las vacunas anti-enfermedad que no previenen la transmisión pueden crear condiciones que promuevan la aparición de cepas de patógenos que causan enfermedades más graves en huéspedes no vacunados". Si bien la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la vacuna hace lo contrario. Las vacunas con "fugas" no solo no logran eliminar las cepas virales "potentes", sino que en realidad crean más de ellas.**

"Existe una expectativa teórica de que algunos tipos de vacunas podrían impulsar la evolución de patógenos más virulentos ('más potentes')", explica el estudio. "Esta idea se deriva de la noción de que la selección natural elimina las cepas de patógenos que son tan 'potentes' que matan a sus huéspedes y, por lo tanto, a sí mismos. Las vacunas que permiten

que los huéspedes sobrevivan pero no previenen la propagación del patógeno, relajan esta selección; permitiendo que se produzca la evolución de patógenos todavía más potentes". Las vacunas "perfectas", como las llaman, no provocan la creación y propagación de nuevas cepas patógenas "potentes" porque bloquean efectivamente la transmisión.

Las "vacunas" contra el SARS-CoV-2, diseñadas para inducir anticuerpos neutralizantes (protectores), también pueden empeorar la enfermedad Covid-19 a través de los anticuerpos facilitadores de la infección (16). Esto se conoce como la mejora dependiente de anticuerpos (ADE) o magnificación de la enfermedad dependiente de anticuerpos y ocurre independientemente de la vacuna, la plataforma y método de entrega (17) (18). En marzo de 2020, los inmunólogos expertos en vacunas y en coronavirus evaluaron los riesgos de la vacuna contra Covid-19 basándose en los ensayos previos en modelos animales de las vacunas contra el SARS-CoV-1 y el MERS. El grupo de expertos concluyó que la ADE y la inmunopatología eran una preocupación real para las "vacunas" contra Covid-19, pero que su riesgo no justificaba el retraso de los ensayos clínicos, aunque reconocieron que sería necesario un seguimiento continuo de los vacunados (19). En una publicación reciente, se ha reportado que los anticuerpos potenciadores de la infección (anticuerpos facilitadores de la enfermedad) dirigidos contra la proteína Spike del SARS-CoV-2 facilitan la infección del virus in vitro, pero no in vivo (20). Sin embargo, un trabajo publicado el 9 de agosto de 2021 afirma que la aparición de variantes del SARS-CoV-2, como la variante Delta, puede inclinar la balanza a favor de la intensificación de la infección por acción de los anticuerpos facilitadores (21). Los autores sostienen que se puede suponer razonablemente que el "equilibrio" entre los anticuerpos neutralizantes y los anticuerpos facilitadores puede diferir mucho, según la cepa del virus. Los anticuerpos facilitadores de Covid-19 reconocen tanto la cepa original de Wuhan como la nueva variante Delta. Los datos más recientes indican que la variante Delta es especialmente bien reconocidas por los anticuerpos facilitadores de la infección. Esto significa que la **ADE puede ocurrir en las personas que reciben "vacunas" basadas en la secuencia de la Spike de la cepa original de Wuhan y luego se exponen a la variante Delta. Por lo tanto, el riesgo de ADE debe considerarse e investigarse más a fondo, ya que puede representar un riesgo potencialmente peligroso de la "vacunación" masiva durante la actual circulación de la variante Delta.** Aunque el riesgo potencial de ADE se anticipó antes del uso masivo de las vacunas Covid-19, la capacidad de los anticuerpos del SARS-CoV-2 para la intensificación de la infección no está siendo monitoreado sistemáticamente para ningún grupo de edad o condición médica al que actualmente se le administra la "vacuna". Además, a pesar de que una gran proporción de la población ya tiene anticuerpos (22), las pruebas para determinar la presencia de los anticuerpos anti-SARS-CoV-2 antes de la administración de la "vacuna", no se realizan de forma rutinaria. La ADE de la variante Delta tampoco se está evaluado específicamente. Incluso Fauci, ha reconocido que los anticuerpos supuestamente creados por las "vacunas" Covid, son los causantes de que el virus se haga más fuerte.

Todos los virus mutan y tratar de culpar a los humanos por este fenómeno es tan estúpido como divisivo. La tasa actual de hospitalización y la tasa de mortalidad

de la variante Delta es considerablemente más baja que para las variantes anteriores y, por lo tanto, las historias de miedo a su alrededor se han extraviado por completo. A pesar de lo que dicen los medios de desinformación, **hasta el día de hoy, no existe ninguna evidencia científica robusta de que ninguna de las variantes identificadas para el SARS-CoV-2, sea más transmisible o más mortal que la original, por definición, las variantes son clínicamente idénticas** (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32). En lo que se refiere a la famosa variante Delta:

Los datos del Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas de la Universidad Johns Hopkins, muestran que en EE.UU. desde el 5 de julio, los casos por millón han pasado de 35 casos a más de 350 casos. Pero a pesar de esto, una investigación realizada por el periodista Taylor Penley para The Western Journal, muestra que la tasa de letalidad en Estados Unidos comenzó a disminuir bruscamente alrededor del 15 de julio. Los datos de Johns Hopkins muestran que la tasa de letalidad pasó de alrededor de 2.29 por ciento el 15 de julio a alrededor de 0.70 por ciento a partir del martes 10 de agosto. Múltiples fuentes señalan que los datos no son concluyentes sobre si la variante Delta posterior a la "vacuna" es o no más mortal.

Debido a que los datos no son concluyentes, a los llamados expertos en salud pública les gusta señalar que la mayoría de las muertes por Covid-19 en los Estados Unidos probablemente se deba a la variante Delta, ignorando convenientemente el hecho de que la mayoría de los casos actuales de Covid-19 se podrían deber a alguna otra teórica variante posterior a la "vacuna", creada por ellas.

Para complicar aún más las cosas está el hecho de que los analistas no están teniendo en cuenta a las personas que están completamente "vacunadas" contra el Covid-19. Esto significa que ni siquiera se tienen en cuenta las tasas de mortalidad de las personas completamente "vacunadas", y mucho menos en comparación con las tasas de mortalidad de las personas no "vacunadas". Por tanto, **considerando: todo lo expuesto anteriormente, el que la existencia del virus no haya sido demostrada y que los métodos actuales de diagnóstico de la enfermedad no son válidos para tal fin; es imposible justificar de forma práctica, que una supuesta variante es más transmisible o más infecciosa que otra.**

Si se les pregunta a los fabricantes de test sobre la detección específica de la variante Delta mediante esos test, la verdad sale a relucir enseguida: la mayor parte de dichos test, no nos dicen la supuesta variante que tiene la persona (33), ¿entonces cómo pueden asegurar que una variante X es la dominante? ¿Cómo pueden ofrecer estadísticas diferenciadas por variantes, si el método oficial de diagnóstico es el test PCR? Todavía voy más allá, si el virus no se ha demostrado que esté aislado y purificado, ¿cómo es posible que se esté hablando de variantes de ese virus? (34), ¿cómo se puede decir que una cosa es igual o distinta o parecida a otra, si no sabemos cómo es esa cosa?

También en este caso, la ciencia, ha demostrado que el discurso oficial, es incorrecto. Las "vacunas", no solo no protegen de las famosas variantes, sino que además, convierten a los inoculados en más propensos a contraerlas (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41). Por otro lado, esas "vacunas" son también las responsables de la supuesta aparición de esas nuevas variantes (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52), incluso dicho por un premio Nobel (53). Las "vacunas" hacen más peligroso el virus para los vacunados, especialmente la de Pfizer (54), lo cual ha sido confirmado por el Dr. Malone (55). Un destacado experto en vacunas francés, el profesor **Christian** Perronne, ha afirmado en una entrevista que **las personas "vacunadas" corren el riesgo de las nuevas variantes y deben ser puestas en cuarentena.**

Entre otras cuestiones, cuando el entrevistador pregunta: "¿Los no "vacunados" deberían tener miedo de las "variantes" actuales que existen y de las "variantes" venideras?", el profesor contestó:

"¡Exactamente al revés! **Las personas "vacunadas" corren el riesgo de padecer las nuevas variantes**. **En la transmisión, se ha demostrado ahora en varios países que las personas vacunadas deben ser puestas en cuarentena y aisladas de la sociedad. Las personas no "vacunadas" no son peligrosas; las personas "vacunadas" son peligrosas para los demás**. Eso ha sido probado en Israel ahora, donde estoy en contacto con muchos médicos. Ahora están teniendo grandes problemas en Israel: **los casos graves en los hospitales se encuentran entre las personas "vacunadas"**. Y en el Reino Unido también, tenías un programa de vacunación más amplio y también hay problemas".

El Dr. Vanden Bosche:

"**La presión de selección evolutiva sobre el virus a través del "escape inmune" crea cepas cada vez más virulentas del virus que tienen una ventaja competitiva sobre otras variantes y tendrán cada vez más el potencial de romper las defensas de los anticuerpos, proporcionadas por el sistema inmunológico inducido por la "vacuna"**. Esto es 'resistencia a las vacunas'. **Lo que sucede es que los fabricantes de "vacunas" siguen intentando burlar las variantes, pero fracasan. Por lo tanto, siguen impulsando refuerzos y "vacunas" anuales**. Este es el enfoque más es mejor. Esto se ve favorecido por la supresión de muchos hechos negativos sobre las vacunas por parte de los grandes medios".

"**Habrá más mutaciones o variantes a los que el sistema inmunológico adaptativo de las "vacunas" ofrezca poca resistencia**. **Al mismo tiempo, disminuirá la eficacia inmunitaria innata o natural**. A menos que las personas tomen una serie de medidas para aumentar su inmunidad natural".

Bossche apunta constantemente a la falta de evidencia científica de que el programa de "vacunación" masiva global, que no tiene precedentes, funcione.

Él destaca que **los programas de vacunación históricos siempre han enfatizado la importancia de vacunar a las poblaciones de manera profiláctica en ausencia de presión de infección.**

También argumenta que si se usaran diferentes tipos de vacunas que proporcionaran inmunidad esterilizante, es decir, que evitaran el escape inmunológico y mataran todos los virus en los vacunados, la situación sería completamente diferente. La mayoría de la gente no comprende que **las "vacunas" experimentales actuales en realidad no matan el virus; y que tanto los "vacunados" como los no "vacunados" diseminan el virus. Estas :vacunas" no detienen la transmisión viral**. Y todas las medidas de control del contagio simplemente no funcionan con la eficacia suficiente para detener la propagación generalizada del virus en sus diversas formas.

Pero hay palabras más fuertes recientemente dichas por Bossche a las que hay que prestar atención:

"***Toda persona que está 'parcial' o 'totalmente' 'vacunada' es un sistema de incubación de la enfermedad andante que pone a todos los demás en riesgo de contraer una 'variante' mortal causada por la 'vacuna' que podría matarlos. Los 'vacunados' son asesinos ambulantes que transmiten enfermedades a otros***. Recibir una inyección para la gripe Fauci no solo es una tontería; también es una forma de asesinato en el sentido de que las personas no "vacunadas" ahora corren el riesgo de contraer las enfermedades mortales que se fabrican dentro de los cuerpos de los "vacunados". Si Trump nunca hubiera introducido la vacuna en primer lugar, la pandemia habría desaparecido hace mucho tiempo. **Dado que sus "vacunas" continúan siendo promovidas, la variante 'Delta' se está extendiendo como un incendio forestal, y pronto será seguida por otras 'variantes' a medida que ingresemos a la temporada de otoño**".

En Australia, el 18 de agosto de 2021, Craig Kelly, diputado de Hughes en Nueva Gales del Sur, celebró una sesión de preguntas y respuestas con el Dr. Brian M. Tyson. Kelly preguntó si el Dr. Tyson estaba viendo "casos", en los que las personas que han recibido dos inyecciones están infectadas con Covid:

"Tenemos una alta tasa de casos. Probablemente tenemos entre el 30 y el 40% de todos nuestros pacientes que dieron positivo con las pauta completa. El más enfermo de los pacientes que he tenido hasta ahora ha sido 'vacunado'. Estamos viendo un aumento de las hospitalizaciones en los grupos vacunados. Si compara lo que está sucediendo en Israel y el Reino Unido, tienen números de casos entre vacunados mucho, mucho más altos. Creo que Israel está hasta el 95 por ciento. El Reino Unido, creo, está al 65%. Todos los casos destacados de mis pacientes hospitalizados están vacunados. Son las 'vacunas' las que están impulsando las variantes; si presiono lo suficiente sobre el virus para que cambie, lo hará, (sabemos que los virus de ARN cambian porque la influenza cambia cada año y cada año tenemos que tener una nueva vacuna). De todos es conocido que si vacuno en masa a una gran población durante una pandemia, voy a cambiar el virus. Y eso es exactamente lo que está sucediendo".

El SARS-CoV-2, supuestamente, es un virus particularmente complejo, que tiene un genoma de ARN dos veces y media más largo que el del virus de la influenza. Sin embargo, independientemente de los posibles sistemas para controlar la integridad de la posible replicación viral, cuanto más largo sea el genoma, mayor será su riesgo de mutación. Por tanto, es muy poco probable que una vacuna contra Covid-19 sea la solución contra Covid-19 (56).

Varios medios de comunicación en el mundo han publicado simultáneamente una historia alegando que las personas no vacunadas están arriesgando su propia salud y se convertirán en posibles fábricas de variantes del coronavirus. De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró recientemente que "cuanto más permitimos que el virus se propague, más oportunidades tiene el virus de cambiar". Esto en sí mismo es un escándalo dado que las "vacunas" utilizan una tecnología completamente nueva, cuya eficacia se ha demostrado que es muy baja, cuyos efectos a corto plazo ya se están viendo y para las que no existen datos a medio y largo plazo. De hecho, en un estudio realizado en Israel, se señala que "los médicos deben tener un alto nivel de sospecha de los síntomas notificados y evitar descartar las quejas relacionadas con la "vacuna" hasta que se confirme otro motivo" (57).

Uno de los enfoques de mayor sentido común para revisar los datos de Covid-19, en medio del brote de la variante Delta, es observar el porcentaje de personas vacunadas en una población regional, y luego mirar el porcentaje de personas vacunadas en el hospital con síntomas "relacionados con Covid". Si la enfermedad Covid es lo suficientemente grave como para requerir hospitalización, entonces el paciente debe estar grave o gravemente enfermo. Una revisión de las poblaciones/hospitalizaciones del área de Los Ángeles y San Francisco, California, mostró previamente que el porcentaje de pacientes de Covid-19 hospitalizados con la "vacuna" es idéntico al porcentaje de personas "vacunadas" en la población atendida por el hospital (58). Los mismos resultados se reflejaron en las estadísticas publicadas por la Salud pública escocesa, el porcentaje de personas vacunadas hospitalizadas es idéntico al porcentaje de personas "vacunadas" en la población atendida (59). Por tanto, **la "vacuna" no proporciona ningún beneficio con una enfermedad Covid-19 lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.**

Un estudio basado en un modelo matemático, simula cómo las tasas de "vacunación" y la tasa de transmisión viral influyen en las variantes del SARS-CoV-2. Descubrieron que **se puede desarrollar el peor de los casos cuando un gran porcentaje de la población está "vacunada", pero la transmisión viral sigue siendo alta, como lo es ahora**. **Esto representa el escenario principal para el desarrollo de cepas mutantes resistentes**. Como se señala en el estudio:

"... [Un] resultado contradictorio de nuestro análisis es que el mayor riesgo de establecimiento de cepas resistentes ocurre cuando una gran fracción de la población ya ha sido vacunada pero la transmisión no está controlada. Se han llegado a conclusiones similares en un modelo SIR de la pandemia en curso y un

modelo de escape de patógenos de la inmunidad del huésped. Además, se han reportado datos empíricos consistentes con este resultado para la influenza".

Es muy similar al desarrollo de la resistencia a los antibióticos, durante la cual las bacterias mutan y se vuelven más fuertes para sobrevivir al ataque de los agentes antibacterianos. **Las inyecciones de Covid-19 no bloquean la infección por completo; permiten que ocurra la infección y no permiten disminuir los síntomas, durante ese tiempo los virus pueden mutar para evadir el sistema inmunológico**.

En una persona no "vacunada", el virus no encuentra la misma presión evolutiva para mutar en algo más fuerte pero, según Paul Bieniasz, un investigador en la Universidad Rockefeller, **los individuos parcialmente "vacunados" "podrían servir como una especie de caldo de cultivo para el virus para adquirir nuevas mutaciones"**.

Los datos epidemiológicos disponibles a nivel mundial son suficientes para demostrar que la "vacunación" no protege **contra la contaminación y transmisión de SARS-CoV-2**, en particular del Delta actual (o India), lo cual, contradice las reiteradas declaraciones de representantes del poder ejecutivo y de muchos medios de "comunicación". **La "vacunación" no es la solución milagrosa anunciada para frenar la epidemia, el chantaje formulado por unos y por otros, referentes a "vacunación" general o a supuestas medidas de contención, se basa en una mentira**.

OTRAS CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA

Desde su llegada, la Covid-19 ha protagonizado la mayoría de los temas de conversación, de preocupación e incluso de atención hospitalaria. El miedo al contagio y el supuesto colapso de los sistemas sanitarios han propiciado el deterioro de enfermedades oncológicas, cardiológicas, neurológicas y, respiratorias, entre otras. **Consideradas como las principales causas de muerte en el mundo, estas patologías se han visto agravadas por la llegada del coronavirus**.

La llegada de la Covid-19 ha hecho que muchos de los tratamientos que estaban pendientes de realizar, se cancelaran o no se atendiesen correctamente. Según los expertos, los sanitarios se vieron con la necesidad de utilizar todos los recursos disponibles para combatir el coronavirus. Asimismo, **el desplazamiento de la atención de otras enfermedades ajenas a la Covid-19 ha tenido importantes consecuencias en términos de mortalidad**.

El cambio en los recursos de atención médica para luchar contra el Covid-19 ha llevado a que muchas personas en países pobres no reciban tratamiento para otras enfermedades, **lo que presagia miles de muertes en exceso**, dijo un importante financiador de los programas de tuberculosis y SIDA.

La sombría evaluación se incluyó en un informe publicado recientemente por el **Fondo Mundial** con sede en Ginebra, que dijo que **las interrupciones causadas por la pandemia han tenido un "impacto catastrófico" en la lucha contra la tuberculosis**, que generalmente mata a más personas en todo el mundo cada año que cualquier otra enfermedad infecciosa. Se estima que la tuberculosis ha matado a más de mil millones de personas en los últimos 200 años. El director del Fondo Mundial, Peter Sands, dijo que en algunos países, como los de la región africana del Sahel, **el enfoque en la Covid-19 puede matar a más víctimas de tuberculosis y sida que el número de muertos por la propia Covid**. Los bloqueos han interrumpido algunos servicios, dijo, mientras que los recursos de atención médica en lugares como India y África se cambiaron a la respuesta de Covid-19.

Un número cada vez mayor de casos de tuberculosis y sida no tratados o no diagnosticados tiene el potencial de convertirse en una bola de nieve. Una persona con tuberculosis, por ejemplo, puede en teoría transmitir la enfermedad a otras 10-15 personas cada año. Hubo 10 millones de nuevos casos de tuberculosis y 1.4 millones de muertes en 2019, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En marzo**, la OMS estimó que alrededor de 500 000 personas más de lo habitual podrían haber muerto de tuberculosis el año pasado**, ya que la disminución del tratamiento retrasó la lucha contra la enfermedad en más de una década.

El devastador golpe a los programas de tuberculosis y SIDA marca uno de los muchos **efectos secundarios mortales de la respuesta a la pandemia, que van desde un aumento en las muertes relacionadas con el alcohol hasta el aumento de los suicidios de niños durante los encierros de Covid-19. Las muertes por enfermedades cardíacas también aumentaron a medida que no se diagnosticaron más casos de enfermedades cardiovasculares**.

En general, **el cáncer, las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares (ictus), el alzheimer y las enfermedades crónicas respiratorias de vías inferiores (fundamentalmente EPOC) son las que más mataron a los españoles según el último informe de patrones de mortalidad del Ministerio de Sanidad**.

La mortalidad se triplicó en pacientes con EPOC. Durante los tres primeros meses de pandemia, rememora el doctor Germán Peces-Barba Romero, vicepresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), se suspendieron todos los tratamientos, incluidos los relacionados con las enfermedades respiratorias. Aunque los pacientes hayan tenido un especial cuidado de su enfermedad y hayan estado menos expuestos a factores como la contaminación, el doctor Peces-Barba detalla que todos los pacientes sufrieron las consecuencias de la inactividad física tras el confinamiento. "Todos los pacientes se estuvieron manejando como buenamente pudieron. Fueron tres meses en los que difícilmente tenían acceso a un seguimiento".

En los últimos años prepandemia, la cifra de nuevos casos de cáncer en España rondaba los 276 000. La Covid ha provocado, según los estudios realizados por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), una reducción de unos 50 000 casos. "Hemos realizado varios análisis y la reducción de diagnósticos y primeras visitas está en torno al 20-21%, lo que supone uno de cada cinco casos", afirma Álvaro Rodríguez-Lescure, presidente de esta sociedad científica. Estos pacientes a los que se está retrasando o imposibilitando el diagnóstico "están perdiendo oportunidades de tratamientos, de curación, de paliación y de supervivencia", explica el oncólogo. Ha habido un parón en programas de cribado de cáncer, de mama o de colon. En general, en la realización de biopsias. Hay que analizar la situación desde cada ámbito, cada consejería, cada hospital y abordarlo cuanto antes".

El retraso en el tratamiento del cáncer en Inglaterra podría "tardar décadas en solucionarse" después de que la pandemia de Covid provocara que el servicio de salud "colapsara rápidamente", según un nuevo informe del Instituto de Investigación de Políticas Públicas (IPPR). En la investigación, publicada el viernes, el grupo de expertos independiente advirtió sobre el impacto de la pandemia en el tratamiento del cáncer, instando a los funcionarios a tomar medidas para prevenir consecuencias potencialmente "graves" que requerirán un trabajo "considerable de recuperación". Destacando cómo el coronavirus había provocado que el servicio de salud "colapsara rápidamente", el grupo de expertos dijo que la crisis había obligado al NHS a tomar "medidas impensables como cancelar tratamientos contra el cáncer", dejando a unas 19 500 personas con cánceres no diagnosticados. Al examinar las formas de eliminar el atraso, el estudio advirtió que tomaría hasta 2033 antes de que los hospitales, ya "estirados" a su capacidad, pudieran eliminar el atraso, incluso si las intervenciones de tratamiento se incrementaron en un 5%. Si aumentaran en un 15%, podría eliminarse el próximo año. Sin embargo, si el NHS no impulsara los tratamientos contra el cáncer, el retraso "podría llevar décadas resolver", dijeron los investigadores.

Al principio de la epidemia, los hospitales españoles atendieron un 40% menos de infartos. "Los pacientes acudieron menos al hospital, relativizaban sus síntomas y cuando acudían, lo hacían más tarde y por ello con peor pronóstico", afirma Ángel Cequier, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Un estudio posterior en 75 hospitales españoles mostró que entre marzo y abril la mortalidad hospitalaria por infarto se duplicó. También observaron que el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la atención se incrementó más de media hora, hasta 233 minutos, algo que también se relacionaba con el aumento de la mortalidad. Hemos visto consecuencias de la pandemia que han perjudicado a estos pacientes, igual que a los de otras patologías", explica el presidente de la SEC. Se ha producido un aumento de las listas de espera, del retraso diagnóstico y del seguimiento de los pacientes crónicos, que tendrán como consecuencia "que en los próximos años se va a producir un aumento de la mortalidad por estas enfermedades".

La cancelación de intervenciones "sin carácter de urgencia" de cardiología, debido a la crisis sanitaria, también ha tenido importantes consecuencias en términos de

mortalidad a corto plazo para los pacientes. Así lo pone de manifiesto la Asociación de Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (ACISEC) en un reciente estudio. Según los resultados, a los 45 días, tras la suspensión del procedimiento, había fallecido el 8 % de los pacientes que estaban esperando una reparación percutánea de la válvula mitral. Esto es, la reparación de la válvula que garantiza que la sangre del corazón siga fluyendo hacia adelante. De igual forma pasó con el 4.9 % de los que estaban pendientes de un implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI), que regula el flujo de sangre del corazón a la aorta, el mayor vaso sanguíneo que transporta sangre rica en oxígeno al cuerpo. Asimismo, el estudio indica que el 4.5 % también fallecieron a la espera del cierre percutáneo de la orejuela izquierda (especie de saquito que evita el estancamiento de sangre en la cavidad que recibe oxígeno de los pulmones). Todos ellos se encontraban pendientes de ser sometidos a un procedimiento diagnóstico o terapéutico a fecha del 14 de marzo, pero “dichos procedimientos se cancelaron o retrasaron para reservar camas para los pacientes con Covid-19”, explica el doctor Raúl Moreno, autor principal del estudio y presidente de la Asociación de Cardiología Intervencionista de la SEC.

Se estima que unos 120 000 españoles sufren un ictus cada año, aunque un tercio queda sin secuelas, cerca del 30% fallece. De hecho, los ictus son la primera causa de mortalidad en las mujeres y la segunda en general, además de la primera causa de discapacidad en España. En la primera ola, el descenso de asistencia a hospitales por ictus descendió también drásticamente, se estima que más de un 30%. La neuróloga y portavoz de la Sociedad Española de Neurología (SEN) Mar Castellanos recuerda aquellos meses: “No acabábamos de ver la causa pero parece que fue el miedo a acudir a los hospitales. Los que llegaban también lo hacían más tarde y eso en el ictus es particularmente grave, porque la terapia es tiempo-dependiente”. En los ictus cada minuto cuenta y un mayor tiempo significa una menor eficacia, reducción de la mortalidad y la morbilidad. Aunque la situación se fue normalizando en las olas posteriores, se ha podido ver afectado el tratamiento de estos pacientes. “Algunas unidades de ictus, donde deben ser atendidos estos pacientes, fueron reconvertidas para atender a enfermos de Covid. Cuando el ictus es más grave, los pacientes pueden necesitar ser intubados en UCI y en ese sentido también se puede haber visto afectado el tratamiento a estos pacientes”. La pandemia también ha afectado al manejo de esta enfermedad precisamente por la ralentización de la extensión de las llamadas “Unidades de ictus”, cuya implantación lleva años aumentando en nuestro país, también lo ha hecho la prevalencia de la enfermedad.

También preocupa que la pandemia haya podido afectar en algunos casos a los procesos de rehabilitación que muchos de estos pacientes necesitan tras la fase aguda del ictus, así como al seguimiento de pacientes de riesgo que necesitan terapias preventivas. Muchos de ellos son pacientes que han podido tener episodios de ictus minor (episodios con síntomas leves) y que se convierten en pacientes de riesgo para otro episodio.

Los enfermos de alzheimer han estado entre los grandes damnificados por la pandemia. En primer lugar, porque en un gran porcentaje viven en residencias y según los datos que maneja el neurólogo e investigador de la Fundación CIEN,

Teodoro del Ser, “se estima que entre el 30 y el 40% de los fallecidos totales por Covid tenía algún tipo de deterioro cognitivo”. Pero no sólo por la mortalidad, estos enfermos también se han visto afectados por el aislamiento. “Estos pacientes tienen dificultades para comprender el entorno y cuando éste cambia y lo hacen las rutinas, ellos lo sufren con mayor intensidad”. Durante muchos meses, quienes vivían en residencias no han podido reunirse con sus familiares y otros en sus domicilios no pudieron acudir a los centros de día donde recibían asistencia o realizaban actividades que les conectaban con el mundo. Teniendo en cuenta la gran mortalidad que a causa de la Covid han sufrido estos enfermos, aún está por ver, a corto plazo, que efectos tendrá la epidemia en la letalidad de la enfermedad. Lo que sí está advirtiendo la comunidad de enfermos de alzheimer es el agravamiento de los enfermos y la aceleración en la aparición de nuevos casos.

El colapso de los hospitales no ha sido el único inconveniente a la hora de que una enfermedad no empeore. El confinamiento domiciliario también ha tenido un “gran impacto” sobre las enfermedades neurológicas, sobre todo, en la demencia. Según el informe ‘Situación de los pacientes con demencia tras el confinamiento por Covid-19‘, un 60 % de los neurólogos españoles señala que han aumentado los casos de nuevo diagnóstico de deterioro cognitivo durante los meses posteriores a marzo 2020. El doctor Láinez señala que, aunque el impacto que ha tenido la pandemia en los pacientes con demencia haya sido “especialmente llamativo”, también se ha podido ver un empeoramiento en otras enfermedades neurológicas como epilepsia, ictus, párkinson, cefaleas o esclerosis múltiple.

Por otro lado, los efectos del confinamiento han perjudicado de igual manera a las personas sanas. “Casos donde el sedentarismo, el exceso de actividad física, o posturas anómalas han derivado en eventos neurológicos que incluso han requerido ingreso hospitalario y asistencia médica”: Dra. Cristina Íñiguez, vicepresidenta y responsable del Área Científica de la SEN.

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) ha concluido que solo el 53.3 % de los pacientes crónicos ha podido continuar su tratamiento en los centros ambulatorios y hospitalarios con normalidad desde la finalización del primer estado de alarma. Los resultados, extraídos del estudio también presentan que el 44.3 % de estos pacientes ha sufrido algún cambio en su atención. Otro de los problemas detectados por el Observatorio de la POP es la dificultad en la derivación de pacientes desde Atención Primaria a la hospitalaria, teniendo como consecuencia la paralización de diversas pruebas o tratamientos tanto farmacológicos, como rehabilitadores.

La percepción del riesgo no se forma en el vacío, sino que está moldeada e influenciada por la política gubernamental y la comunicación. El resultado es que los individuos toman precauciones que aumentan la muerte y disminuyen la probabilidad de recibir tratamiento para cualquier otra condición diferente de Covid.

Podemos ver que esto ha ocurrido también en el Reino Unido a través de las asistencias totales a urgencias incluso desde el principio del periodo de cierre, que

fueron un 48% más bajas que en la misma época (abril) del año anterior. A continuación podemos ver sólo algunas de las áreas a las que ha afectado negativamente esta reticencia a acudir a los tratamientos.

Ya en abril de 2020, la Fundación Británica del Corazón (BHF) señaló que, por lo general, 100 000 ingresos hospitalarios al año se deben a infartos; es decir, 280 ingresos diarios o 1 cada 5 minutos. Sin embargo, la BHF detectó un descenso del 50% en las asistencias a urgencias por infarto, lo que equivale a que cada mes, o más de 1100 personas a la semana, con posibles síntomas de infarto no sean atendidas en los servicios de urgencias.

La Asociación de Accidentes Cerebrovasculares (Stroke Association) ha registrado cifras similares en lo que respecta a los ingresos por accidentes cerebrovasculares. Según las cifras de Public Health England, la asistencia a los servicios de urgencias ha disminuido en más de un tercio (34.5%) con respecto a la misma semana del año anterior, pasando de 136 669 a 89 584. Public Health Scotland informa que la asistencia a los departamentos de emergencia ha disminuido en más de un tercio (40.1%) respecto a la misma semana del año anterior. En 2019, se produjeron casi 90 000 accidentes cerebrovasculares solo en Inglaterra.

Desde el inicio del cierre, los servicios de diagnóstico esenciales (por ejemplo, la endoscopia) se suspendieron o funcionaron a una capacidad sustancialmente reducida.

Según Cancer Research UK (CRUK), el número de personas que se sometieron a exámenes de detección entre marzo y septiembre de 2020 fue de 3 millones menos que el año anterior durante esos meses. Además, el número de endoscopias realizadas en abril de 2020 fue un 90% menos que el número realizado en cada uno de los tres primeros meses de 2020.

Hay muchas otras dolencias físicas que han sido ignoradas y que han causado sufrimiento e incluso la muerte, así como problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad se dice que han aumentado exponencialmente debido al aislamiento, la pobreza, la falta de vivienda, la pérdida de negocios. Aumentaron las violaciones y los delitos sexuales graves, los abogados de la fiscalía llevaban una media de 27 casos cada uno, en comparación con los 15 anteriores.

Espectacularmente, hubo informes de niños y jóvenes que se autolesionaron y se suicidaron 5 veces más que los que murieron de Covid-19 durante el primer año de la pandemia en el Reino Unido. Todo ello como resultado de una modelización sobreexagerada y de un asesoramiento disparatado y desproporcionado por parte de un asesor del gobierno que nunca parecía haberse visto afectado ni por el virus ni por las medidas.

Ahora es bueno considerar, después de leer todo esto, que todos esos pacientes han visto peligrar o empeorar su salud como consecuencia de un supuesto virus, cuya existencia no ha sido demostrada científicamente, que además, causa una supuesta enfermedad conocida

como Covid-19 cuyos síntomas son comunes con otras enfermedades, cuyos métodos de diagnóstico dan un 97% de falsos positivos y cuya mortalidad, es incluso inferior a la de la gripe común. DEMOLEDOR.

Exceso de muertes

Al examinar el exceso de muertes, es importante reconocer las muertes indirectas que resultan de las acciones de control de la pandemia por parte de los gobiernos. A continuación se muestran los aspectos más destacados de una discusión de este artículo ampliamente abordado para analizar el exceso de muertes, titulado "El verdadero número de muertos por la pandemia".

Esta conclusión llamó la atención: "Quince millones de personas más han muerto durante la pandemia de Covid-19 en comparación con las normas históricas, según un reciente informe de octubre de The Economist. Esta cifra es más del triple de las muertes reportadas por Covid-19, que asciende a 4.6 millones de personas". En otras palabras, alrededor de 10 millones de muertes en exceso sobre las muertes por infección directa por Covid.

"¿Y las personas que murieron por causas evitables durante la pandemia porque los hospitales, supuestamente, estaban llenos de pacientes con Covid-19 y no pudieron tratarlos? Si esos casos cuentan, deben compensarse con muertes que no ocurrieron pero que sí se habrían producido en épocas normales, como las causadas por la gripe o la contaminación del aire". Estas ideas entran en la clase de impactos indirectos de Covid.

The Economist tuvo que invocar los impactos indirectos de una pandemia además de las muertes inducidas por "vacunas". **Cuando se habla de muchos millones de muertes en exceso a nivel mundial, la única explicación racional son los impactos indirectos generalizados de la pandemia que han devastado a toda la población mundial**. **Esto significa que no ha sido el virus el que ha matado a la mayoría de las personas, sino las acciones del gobierno**. **Es bastante plausible que por cada muerte de Covid, dos personas más hayan muerto por los impactos indirectos del manejo de la pandemia**.

Aquí están los datos reportados para América del Norte: 675 000 muertes por Covid y 843 000 muertes en exceso (incertidumbre media). Esa es una gran cantidad de muertes excesivas que solo podrían explicarse por los impactos en la salud de las acciones gubernamentales. **Para los Estados Unidos, se informó de que las muertes por infección acumulada por Covid-19 han llegado a cerca de 650 000, y el exceso de muertes es de 820 000, presumiblemente muertes indirectas**. Actualización, para las actuales 730 000 muertes por infección en Estados Unidos, implican 921 000 muertes colaterales indirectas.

Hay una observación importante de un informe reciente de los NIH. "Aproximadamente 2.9 millones de personas murieron en los Estados Unidos entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de diciembre de 2020. En comparación con el

mismo período de 2019, **hubo un exceso de 477 200 muertes, de las cuales el 74% se debió al Covid-19**". Eso equivale a 343 584 muertes por Covid durante el primer año de la pandemia; es consistente con las más de 730 000 muertes por Covid reportadas desde 2020.

Para 2020, cuando Covid comenzó a devastar el país, en comparación con la pre-pandemia de 2019, **deja 133 616 muertes por explicar**. La respuesta no puede ser muertes asociadas con las "vacunas" Covid para este período de prevacunación. Ese es el punto clave: la prevacunación, lo que significa que ***la explicación plausible del significativo exceso de muertes de 133 616 son los muchos impactos negativos en la salud que causan muertes por la expansión de las acciones gubernamentales de control de pandemias en 2020***. Estos incluyeron muchos cierres, mandatos de permanencia en el hogar, interrupciones en la atención médica y pérdida de puestos de trabajo. En otras palabras, muertes colaterales.

De acuerdo con esta afirmación, encontramos un artículo de una revista médica titulado "Exceso de muertes por Covid-19 y otras causas en los Estados Unidos, del 1 de marzo de 2020 al 2 de enero de 2021". Dijo que las muertes atribuidas al Covid-19 representaron el 72.4% del exceso de muertes en Estados Unidos, dejando **un 27.6% explicado con mayor probabilidad por muertes colaterales**.

El artículo decía lo siguiente: "Entre el 1 de marzo de 2020 y el 2 de enero de 2021, Estados Unidos, experimentó 2 801 439 muertes, un 22.9% más de lo esperado, lo que representa un exceso de 522 368 muertes. Las muertes atribuidas a Covid-19 representaron 72.4 % del exceso de muertes en EE. UU. "Eso deja 27.6% o un poco más de 144 000 muertes no por Covid. Se proporcionaron datos detallados sobre muertes específicas no causadas por Covid, que incluyen: enfermedad cardíaca, enfermedad de Alzheimer / demencia y diabetes.

Un artículo de Scientific American de junio de 2021 dijo que **el 18% del exceso de muertes en los Estados Unidos el año pasado (2020) no se asignó a Covid**. Así, el 78% se relacionó con infecciones por Covid. Se informó que Andrew Stokes, de la Universidad de Boston, y sus colegas calcularon el exceso de muertes para cada uno de los más de 3100 condados de EE. UU. Para hacerlo, compararon los datos provisionales de mortalidad de 2020 del Centro Nacional de Estadísticas de Salud con las tasas de mortalidad previstas basadas en años anteriores. Luego, los investigadores compararon la proporción de muertes en exceso atribuidas a Covid en los certificados de defunción con las asignadas a otras causas. Sus datos mostraron que el 18% del exceso de muertes en los EE. UU. En 2020 no se asignaron a Covid. Se deduce que hubo alrededor de 77 000 muertes indirectas, razonablemente explicadas por muertes colaterales.

Un artículo de septiembre de 2021, encontró que para 2020, hubo 375 235 muertes en exceso, con un 83% atribuible a causas directas y **un 17% a los efectos indirectos del Covid-19**. Entonces, alrededor de 64 000 muertes fueron muertes colaterales.

El sitio web Our World Data enfocado en los datos dijo lo siguiente:

"El recuento bruto de muertes nos da una sensación de escala: por ejemplo, Estados Unidos sufrió aproximadamente 472 000 muertes en exceso en 2020, en comparación con 352 000 muertes confirmadas por Covid-19 (75%) durante ese año". **Eso deja un 25% o 120 000 muertes colaterales**.

Un informe dijo esto:

“En el primer año de la pandemia de Covid en Estados Unidos (las 52 semanas que terminaron el 27 de febrero de 2021) hubo 665 000 muertes en exceso (muertes por encima de la tasa de mortalidad estacional normal) informadas por los CDC. **La cifra oficial de muertos por Covid en ese lapso fue de 514 000 (77%), esto significa que es probable que las muertes no causadas por Covid y causadas por la pandemia y posiblemente por nuestras opciones de política, totalicen al menos esta diferencia de 151 000**”. Esto último, lógicamente, serían muertes colaterales. Y así se explicó esa diferencia de 151 000:

“El exceso de muertes debidas a causas no naturales aumentó en aproximadamente 82 000 por encima de los niveles normales, desde marzo de 2020 hasta agosto de 2021. Las causas no naturales están dominadas por homicidios, suicidios, sobredosis y accidentes. Y, **el exceso de muertes debido a las cuatro grandes causas naturales (enfermedades cardíacas y pulmonares, cáncer y accidente cerebrovascular) se disparó en más de 86 000 durante esos mismos 18 meses, principalmente durante 2020**. Estas dos categorías solo suman 168 000 muertes en exceso".

Claramente, muchas muertes fueron causadas por los controles gubernamentales pandémicos que hicieron la vida extremadamente difícil y estresante. Sobre este punto, el informe señaló:

“El número de muertos por causas no naturales ha aumentado drásticamente y no es probable que disminuya tan rápidamente. Las investigaciones muestran que los efectos colaterales sobre la salud, directos e indirectos, tras el desempleo y otras perturbaciones económicas siguen siendo elevados durante varios años. Lo mismo parece ser cierto para las sobredosis y los homicidios, debido a los efectos persistentes en la salud mental, aunque quizás no para las muertes accidentales”.

El promedio de los informes anteriores es del **25.3% para las muertes no relacionadas con la infección y causadas por la pandemia, un promedio de 117 745 muertes colaterales al año, y antes de las muertes por “vacuna”**, sería un hecho significativo. **Como las medidas impulsadas por los gobiernos a nivel mundial, han sido muy similares, ese porcentaje es perfectamente extrapolable para todos los países que han aplicado las medidas contra la “pandemia”**.

Según un análisis de los datos recientes en el Reino Unido, **el exceso de 65 986 muertes no relacionadas con Covid-19 representa un aumento del 37% en las muertes de la población en general**.

Se han reportado más de 65 000 muertes en exceso no relacionadas con Covid-19 en Inglaterra y Gales en los últimos 18 meses, lo que lleva a varios expertos a cuestionar si los bloqueos han demostrado ser más mortales que el virus en sí.

Los datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales de Inglaterra y Gales muestran que ha habido **al menos 74 745 muertes en exceso en hogares privados en los últimos 18 meses, en comparación con los promedios de 2015-2019, con solo 8759 (12%) relacionados con Covid-19**.

Según un análisis de los datos recientes, las 65 986 "muertes en exceso" no relacionadas con Covid-19 representan un **aumento del 37% en las muertes para la población en general y un aumento del 30% para los niños de 15 a 19 años**.

"El gobierno necesita con urgencia datos precisos sobre lo que está sucediendo para evitar más muertes en exceso. Comprender esto también es crucial para gestionar nuestra respuesta a la pandemia, garantizar que mitigamos los problemas prevenibles puede significar que nunca más nos encierremos", dijo el profesor Carl Heneghan, director del Centro de Medicina Basada en Evidencia de la Universidad de Oxford.

"**Más personas mueren por causas no coviduales y seguimos viendo un aumento considerable y continuo en el exceso de muertes este año no causadas por Covid-19 y que ocurren principalmente en el hogar**. Esto es extremadamente preocupante. Es urgente que ahora lancemos una investigación adecuada para averiguar si estas muertes podrían haberse evitado. Los certificados de defunción solo dan una instantánea de lo que realmente está sucediendo".

Según los datos, **el mayor aumento de muertes en hogares privados se produjo en abril de 2020 y enero de 2021**. **En abril de 2020, Inglaterra y Gales se encontraban en un bloqueo a nivel nacional** y, según las estadísticas oficiales, las muertes en el hogar no relacionadas con Covid aumentaron en más de 7000 (a 17 894), en comparación con el promedio de los cinco años anteriores (10 239) para el mismo mes.

De manera similar, **cuando Inglaterra y Gales entraron en su tercer bloqueo a nivel nacional en enero de 2021, las muertes en el hogar alcanzaron su segundo pico más alto**, aumentando en casi 3000.

La hipótesis de Heneghan de que **los encierros pueden ser uno de los factores que causan el aumento de muertes inesperadas no es algo que solo se advierta en Inglaterra, sino que está respaldada por numerosos estudios científicos y expertos de todo el mundo**.

El mes pasado, The Epoch Times destacó el testimonio del profesor de economía de la Universidad Simon Fraser de Canadá, Douglas Allen, quien en abril publicó un estudio en el que declaraba que **era "posible que el bloqueo se convierta en uno de los mayores fracasos de las políticas en tiempos de paz en la historia de Canadá"**. El estudio, una revisión de más de 80 artículos de investigación sobre bloqueos en todo el mundo, concluyó que **los bloqueos *salvaron 22 333 años de vidas perdidas pero causaron 6.3 millones de años de vidas perdidas, lo que hace que el daño a largo plazo de la póliza sea 282 veces peor que sus beneficios***.

También el mes pasado, otro estudio realizado por Marine Baudin, Jérémie Mercier y Denis Rancourt encontró que **el número de muertes por Covid en Estados Unidos se debe en realidad al "estrés psicológico crónico persistente inducido por las transformaciones económicas y sociales impuestas por el gobierno durante la era Covid que convirtió los factores de riesgo existentes en la sociedad (pobreza), la salud pública (obesidad) y el clima cálido en agentes mortales**".

"Necesitamos ir más allá y observar aquellas muertes que pueden no haber sido cubiertas por los médicos forenses. Entender la verdadera causa y lo que se puede hacer para reducir el alto número de muertes en exceso, particularmente aquellas en el hogar", agregó Heneghan.

Según el informe, las muertes han ido en aumento, sobre todo en hombres jóvenes y personas mayores que padecen demencia y Alzheimer.

Durante el período comprendido entre enero de 2021 y octubre de 2021, 462 adolescentes varones de entre 15 y 19 años fueron encontrados muertos en sus hogares, un aumento del 20% en comparación con el promedio de cinco años de 386 en esos mismos meses, y un aumento de cerca del 30% desde 355 del año pasado.

Según la Oficina de Estadísticas Nacionales, "los hogares privados son el único lugar de ocurrencia donde las muertes han estado consistentemente por encima del promedio de cinco años en todos los meses desde enero de 2020 hasta junio de 2021".

"**En los hogares privados, la demencia y la enfermedad de Alzheimer fueron la principal causa de muerte con el mayor aumento de muertes en 2020 en comparación con el promedio de cinco años; aumento del 72.5% y 60.7% para hombres y mujeres respectivamente (1433 y 2485 muertes más)**".

En el "Comentario del estadístico" que antecede a los datos publicados por la Oficina, Sarah Caul, Jefa de Análisis de Mortalidad, dijo que "a diferencia de los hospitales, residencias y otros entornos, la principal causa de muerte no ha sido el Covid-19. En cambio, **hemos visto aumentos sustanciales en las personas que mueren por otras cosas, como enfermedades cardíacas, demencia y Alzheimer y varios cánceres**".

La Dra. Renee Hoenderkamp, una practicante general privada que ha examinado el exceso de datos de mortalidad, dijo a Express: "Lo que sea que esté sucediendo aquí es una preocupación seria. No queremos que la gente saque conclusiones precipitadas, pero queremos una investigación exhaustiva y rápida de las causas porque tenemos que detenerla".

PRESENCIA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS EN LOS GELES DESINFECTANTES

Según el discurso oficial, lavarse las manos con jabón se considera la primera línea de defensa para la higiene, pero cuando esa opción no está disponible, los desinfectantes de manos son otra opción. Lo que no se dice, es que los componentes de esos geles, pueden no ser inocuos.

Debido al aumento en la demanda de los consumidores de desinfectantes para manos, hubo escasez en la disponibilidad de desinfectantes para manos. Esto obligó a mucha gente a intentar producir desinfectantes para manos en casa. También creó una vía para que nuevas empresas comenzaran a fabricar estos productos. Si bien algunas empresas fueron honestas y utilizaron con diligencia los ingredientes aprobados en sus proporciones adecuadas, **algunos fabricantes decidieron aprovechar el pánico causado por la pandemia. Estos malos actores producían desinfectantes para manos que eran de calidad inferior (que contenían los ingredientes activos en cantidades inferiores a las apropiadas) o completamente tóxicos (que usaban sustancias químicas similares pero peligrosas para la fabricación del producto)**.

Lo primero que se debe tener en cuenta al comprar un desinfectante para manos es el ingrediente activo, que es el ingrediente que realiza la desinfección.

El alcohol etílico y el alcohol isopropílico se consideran opciones más seguras para los ingredientes activos. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los CDC recomiendan desinfectantes que contienen alcohol en concentraciones de al menos el 60%. Aunque los alcoholes etílico e isopropílico son probablemente opciones más seguras, en 2017 la FDA aplazó una decisión final sobre la seguridad de estos alcoholes (junto con otro ingrediente común, el cloruro de benzalconio) para llenar los vacíos de datos. Esto significa que la FDA aún podría cambiar esta decisión en el futuro a medida que se disponga de más investigaciones.

Las pruebas más recientes de la FDA descubrieron dos tipos de alcohol potencialmente dañinos que se utilizan en los desinfectantes para manos. El primero es el metanol, mientras que el segundo es el 1-propanol.

El alcohol metílico o metanol, es lo que se utiliza para fabricar anticongelante y combustible para cohetes. **Es una forma de alcohol altamente tóxica y no debe frotarse sobre la piel ni ingerirse**. Cuando se ingiere, el metanol puede provocar dolores de cabeza, náuseas, coma, convulsiones, ceguera permanente o

la muerte. En la web de los CDC, puede encontrar más información sobre las personas que perdieron la vida o la vista de forma permanente como resultado de la ingestión de desinfectantes para manos que contienen el alcohol metílico.

El alcohol 1-propílico es la principal sustancia que se utiliza en la fabricación de productos químicos de limpieza industrial y **puede ser peligroso para los seres humanos cuando se ingiere**. Los síntomas graves, como dificultad para respirar y disminución de la frecuencia cardíaca, se presentan en personas que beben un desinfectante de manos contaminado con 1-propanol. Este tipo de alcohol también causa la muerte cuando se ingiere. Si su piel o sus ojos están expuestos a este alcohol, puede causar irritación. La FDA informa que algunas personas incluso se han quejado de tener reacciones alérgicas en la piel después de que un desinfectante de manos con 1-propanol entrara en contacto con su piel.

Los desinfectantes para manos contienen ingredientes adicionales más allá de los ingredientes activos; estos se denominan ingredientes inactivos y pueden aparecer por separado en la etiqueta. Vamos a explorar los problemas de salud asociados con algunos de los otros ingredientes que se encuentran comúnmente en los desinfectantes para manos y cómo comprar mejores opciones:

Tintes artificiales

Los tintes artificiales se derivan comúnmente del petróleo y se pueden agregar a alimentos, cosméticos y productos de cuidado personal como desinfectantes para manos. ¡Puede reconocer los tintes en el empaque de productos convencionales como una de las pocas palabras en la lista de ingredientes que puede reconocer y pronunciar! Algunos ejemplos son el azul 1, el rojo 40 y el amarillo 5. A pesar de su grafía amigable, **se han relacionado con efectos nocivos que incluyen una** absorción dérmica acelerada **en la piel dañada**, reacciones alérgicas e hiperactividad **cuando se ingieren**. Desafortunadamente, las grandes lagunas de datos permanecen en la literatura sobre colorantes artificiales, por lo que al aplicar el principio de precaución (también conocido como omitir ingredientes sin suficiente información), puede ser mejor evitarlos cuando sea posible.

Parabenos

Los parabenos son ingredientes que se utilizan para conservar productos. Prolongar la vida útil de un artículo es algo bueno, pero, lamentablemente, el uso de parabenos para prevenir el crecimiento de microorganismos también conlleva algunos problemas de toxicidad. Por ejemplo, los parabenos **son sustancias químicas que** alteran el sistema endocrino **y se han asociado con el** cáncer de mama **y** daños reproductivos. Se pueden ver en el empaquetado buscando el sufijo "paraben" en la etiqueta de los ingredientes (etilparabeno, isopropilparabeno, etc.).

Los parabenos **son disruptores endocrinos conocidos que pueden imitar al estrógeno en el cuerpo**. Varios estudios han demostrado que los parabenos

pueden afectar los mecanismos de las células mamarias normales y potencialmente influir en su crecimiento anormal, lo que aumenta el riesgo de cáncer de mama:

Aumento del crecimiento celular. Varios estudios muestran que **los parabenos pueden imitar al estrógeno y, como resultado, aumentar el crecimiento de las** células mamarias. Los estudios basados en células de los efectos de los parabenos sobre el receptor de estrógeno no abordan otros sistemas que influyen en el desarrollo del cáncer de mama. Un estudio basado en células intentó imitar las condiciones de las células y los tejidos agregando proteínas llamadas factores de crecimiento, que estimulan la expresión de HER2, que se encuentra en el 25% de los cánceres de mama. Los autores encontraron que la presencia de un factor de crecimiento llamado heregulina hace que los parabenos estimulen el receptor de estrógeno a niveles que se habían considerado no tóxicos en la investigación basada en células.

Disminución de la muerte celular. Los estudios muestran que **algunas concentraciones de parabenos pueden reducir la muerte celular programada**, que es una de las formas en que el cuerpo se ocupa de las células dañadas.

Metástasis. Los estudios in vitro han encontrado que **las células expuestas a parabenos durante más de 20 semanas pueden aumentar los factores asociados con las metástasis**.

Bloqueo de los agentes de quimioterapia. **El metilparabeno puede disminuir la capacidad del tamoxifeno para impedir los efectos del estrógeno, lo que hace que este fármaco de quimioterapia común sea menos eficaz para tratar el cáncer de mama**.

Los parabenos se han relacionado con otros problemas de salud, como alergias **y también pueden alterar los niveles de** tiroides.

Las mujeres embarazadas, los fetos y los niños pequeños son los más vulnerables **a los parabenos, porque en estas etapas de la vida el tejido mamario es más susceptible a los disruptores endocrinos**.

Evite los productos que incluyan parabenos como ingredientes. Los parabenos comunes y sus sinónimos incluyen:

- propilparabeno (o 4-hidroxilbenzoato de propilo)
- butilparabeno (o 4-hidroxilbenzoato de butilo)
- etilparabeno (o 4-hidroxilbenzoato de etilo)
- heptilparabeno (o heptil 4-hidroxilbenzoato)
- metilparabeno (o 4-hidroxibenzoato de metilo)

Los compuestos de polietilenglicol (PEG)

Se utilizan por sus propiedades espesantes, suavizantes y que mejoran la penetración. Se encuentran en una amplia gama de productos de consumo, incluidos los desinfectantes para manos. **Los compuestos de PEG se crean mediante un proceso llamado etoxilación, lo que significa que es probable que estén contaminados con carcinógenos como el óxido de etileno y / o 1,4 dioxano**. Dado que estos contaminantes no son ingredientes agregados intencionalmente, sino más bien subproductos del proceso de fabricación, **no se etiquetarán en la etiqueta de ingredientes**.

Para agravar el problema de la contaminación está el hecho de que el efecto de mejora de la penetración de algunos PEG puede permitir una mayor absorción **de otros ingredientes potencialmente dañinos en la formulación de cualquier producto**.

La mejor manera de evitar los PEG y sus posibles contaminantes es evitar los productos con "PEG" en la lista de ingredientes, generalmente como "PEG" seguido de un número (Ej: PEG-40). **El número después de "PEG" se correlaciona con el número de moles, una unidad científica estándar de medida, de óxido de etileno agregado al compuesto durante el proceso de etoxilación**.

Fragancia no divulgada

Las empresas no están obligadas a divulgar sus formulaciones de fragancias en el empaquetado, lo que significa que la "fragancia**" podría ser un cóctel de cientos de ingredientes. Aunque algunos ingredientes pueden ser inofensivos, es mejor evitar las fragancias no reveladas porque se sabe que algunos ingredientes comunes de las fragancias causan daños, como los ftalatos y los almizcles sintéticos**. Sin los ingredientes enumerados, no podemos saber qué hay dentro.

Fragancias y ftalatos, estos dos grupos van de la mano, ya que los ftalatos ayudan a que las fragancias perduren más tiempo. **Los** ingredientes **de las fragancias se clasifican como alérgenos, disruptores hormonales, desencadenantes del asma, neurotoxinas y carcinógenos**. La industria de las fragancias se regula a sí misma y los fabricantes no están obligados a enumerar los ingredientes de sus fragancias en las etiquetas de los productos.

Valisure, una farmacia y laboratorio independiente que prueba la calidad de los productos farmacéuticos, probó 260 productos y **encontró niveles elevados de benceno en más de 20 de ellos**. **El benceno es un carcinógeno humano conocido, y se sabe que la exposición al mismo causa trastornos sanguíneos, incluida la leucemia**. 21 productos de 15 marcas probados por encima del límite interino de la FDA. Los tres primeros dieron **entre seis y ocho veces más de lo permitido**.

Ingredientes principales a evitar para un desinfectante de manos no tóxico, además de los ya mencionados:

El triclosán es un pesticida sintético que a menudo se agrega a detergentes, jabones y productos de cuidado personal como desodorantes y pastas dentales porque tiene propiedades antibacterianas, pero es importante tener en cuenta que no tiene el poder de matar los virus que causan resfriados y gripes. En 2016, la FDA prohibió su uso en jabones antibacterianos, pero la nueva regulación aún permite su uso en productos fuera de los jabones antibacterianos para manos.

El triclosán se ha asociado con alteraciones hormonales, cáncer, daño hepático y el desarrollo de supergérmenes. Se debe evitar todo lo que contenga triclosán o triclocarbán en la etiqueta.

SLS y SLES son tensioactivos que disuelven la tensión superficial en agua para ayudar a que productos como jabones y detergentes formen espuma. Desafortunadamente, **están asociados con muchos riesgos para la salud que van desde la irritación de la piel, los pulmones y los ojos hasta la toxicidad orgánica, la alteración endocrina y el cáncer**.

La Sociedad de Orientación al Consumidor de la India llevó a cabo un estudio y **descubrió que casi el 50% de los desinfectantes para manos estaban adulterados**. **Eso significa que uno de cada dos desinfectantes para manos en el mercado no es lo que dice ser y no puede matar al supuesto coronavirus**. Según el estudio, **cinco desinfectantes para manos contenían metanol, que como ya hemos visto, es una sustancia química tóxica. Daña el hígado, provoca ceguera y afecta los riñones. En el caso de sobreexposición, causa la muerte**.

La Academia Estadounidense de Pediatría insta **a los padres a mantener los desinfectantes de manos fuera del alcance de los niños**. Desde que las familias comenzaron a comprar más desinfectante para manos durante la pandemia de Covid-19, el Sistema Nacional de Datos de Envenenamiento **ha recibido muchos más informes de exposiciones no intencionales en niños**. Muchos son para niños menores de 5 años.

Los médicos dicen que **el uso excesivo del desinfectante de manos puede ser peligroso, especialmente para los niños, porque algunos desinfectantes de manos pueden absorberse a través de la piel como una sustancia química tóxica**. Algunos expertos temen que la sustancia química pueda absorberse a través de la piel de los niños, provocando problemas de salud a largo plazo. Los médicos recomiendan usar desinfectante de manos solo cuando sea realmente necesario, en lugar de usarlo todos los días, y solo usar pequeñas cantidades cuando se usa. "Los niños pueden absorber suficiente metanol a través de la piel como para ser tóxico", dijo al Globe el Dr. Gregory Poland, médico de enfermedades infecciosas de la Clínica Mayo.

"Las personas que abusan del desinfectante de manos por temor a la Covid-19 **podrían producir vapores peligrosos que podrían irritar la piel y las vías**

respiratorias de las personas”. El uso constante del desinfectante de manos también puede causar irritación de la piel debido al alto contenido de alcohol.

La piel es como una pared de ladrillos", dijo al Globe la Dra. Abigail Waldman, dermatóloga del Brigham and Women's Hospital en Boston. "Tienes estos ladrillos que lo protegen y el desinfectante de manos hace un buen trabajo que a menudo crea agujeros en esa pared de ladrillos". **Las bacterias también pueden eventualmente desarrollar resistencias al desinfectante de manos si están demasiado expuestas a él**. “De hecho, puede obtener resistencia al desinfectante de manos, lo que significa que la flora o las bacterias o virus típicos con los que se encuentra desarrollarán resistencia contra lo que sea que esté usando”.

La OMS recomendó desinfectantes de manos a base de alcohol para la higiene frecuente de las manos, que se componen principalmente de etanol, alcoholes isopropílicos y peróxidos de hidrógeno en diferentes combinaciones. Estas preparaciones pueden volverse tóxicas para la salud humana y el medio ambiente si se usan incorrectamente. Estos productos químicos tienen un impacto tóxico y peligroso conocido en el medio ambiente cuando se liberan por evaporación.

La Asociación Estadounidense del Centro de Control de Envenenamientos informó de 9504 casos de exposición a desinfectante de manos alcohólico en niños menores de 12 años y ha reconocido que **incluso una pequeña cantidad de alcohol puede causar** intoxicación **por alcohol en los niños que es responsable de confusión, vómitos y somnolencia, y en casos severos, paro respiratorio y muerte**. Además, el uso frecuente de dichos desinfectantes de manos ha informado una mayor probabilidad de resistencia a los antimicrobianos y la posibilidad de otras enfermedades virales. **La toxicidad del etanol también se asocia con depresión respiratoria que resulta en paro respiratorio, hipotermia, arritmias cardíacas con posible paro cardíaco, hipoglucemia, cetoacidosis e hipotensión**. El contacto dérmico del etanol causa irritación y afección alérgica de la piel y los ojos, mientras que la exposición prolongada produce sequedad o agrietamiento de la piel con descamación, enrojecimiento o picazón. Un estudio publicado en 2018 informó que el uso constante de desinfectante de manos a base de etanol **influye en la concentración de etilglucurónido en la orina**.

La mayoría de los desinfectantes para manos están disponibles en botellas de colores brillantes y tienen un olor atractivo a caramelo o cualquier sabor de comida que sea muy tentador para los niños pequeños. Los niños pequeños, incluidos los bebés, son más susceptibles a enfermarse por intoxicación por alcohol que los adolescentes. **Los niños pequeños han disminuido las reservas de glucógeno hepático, lo que aumenta su susceptibilidad a desarrollar hipoglucemia y numerosos factores farmacocinéticos que los hacen más propensos a la intoxicación por alcohol**. Informes recientes han reconocido serias preocupaciones, que incluyen apnea, acidosis y coma en niños pequeños que ingirieron desinfectante de manos a base de alcohol.

Los expertos médicos han comenzado a advertir que el uso excesivo de desinfectante de manos a base de alcohol como medida preventiva contra el coronavirus **aumenta indirectamente el** riesgo **de infección a través de trastornos de la piel**. **El uso excesivo de desinfectante contra el "nuevo virus" causante de neumonía es responsable del daño cutáneo y reduce su capacidad para actuar como barrera contra otros virus dañinos. El uso excesivo de un desinfectante a base de alcohol aumenta la permeabilidad de la piel y priva de aceite y agua a la piel y produce aspereza e irritación de la piel. La piel seca y dañada es semillero de muchas enfermedades que causan bacterias con mayor riesgo de entrada de virus en la piel. Los informes de investigación han indicado que el uso excesivo de desinfectantes en algunos casos puede aumentar el riesgo de brotes virales**. **La** exposición **repetida a desinfectantes, antibióticos u otros químicos genotóxicos induce a los microbios a tener mutaciones a través de procesos naturales que los hacen resistentes para sobrevivir por el uso repetido de desinfectante de manos**.

Si se derraman grandes cantidades de isopropanol en el suelo, puede infiltrarse y contaminar el agua subterránea. El isopropanol tiene la capacidad de oxidarse por los fotoquímicos en el aire que lo hacen menos persistente en la atmósfera. No puede bioacumularse debido a su rápida biodegradabilidad. Grandes cantidades de derrames en cuerpos acuáticos pueden causar daños ambientales porque tienen una alta potencia para agotar el oxígeno en los cuerpos de agua. El etanol tiene un uso generalizado en industrias y hogares y sus impactos en los seres humanos y el medio ambiente aún son discutibles. Los organismos acuáticos podrían verse afectados directamente por los derrames de etanol en el cuerpo de agua.

El uso frecuente **y mayor de desinfectante de manos produce una toxicidad que conduce a la muerte; puede atribuirse por ingestión accidental, absorción por contacto dérmico e ingestión suicida**. El potencial del etanol para causar cáncer de piel a través de la absorción cutánea y la carcinogenicidad se encuentra en debate e investigación científicos, aunque aún no está claro debido a la falta de investigación actualizada. Al igual que el etanol, el alcohol isopropílico tiene algún impacto negativo en la salud humana y el medio ambiente.

PRESENCIA DE SUSTANCIAS PELIGROSAS EN LOS SUEROS EXPERIMENTALES

Por si todo lo dicho y demostrado anteriormente fuera poco, también existe un **informe preliminar elaborado por el Dr. Campra a petición del equipo de La Quinta Columna sobre el contenido de un vial de la "vacuna" Comirnaty (Pfizer)**; al final del mismo, se incluye un anexo en el que se explica y demuestra, la toxicidad de lo encontrado (1), el cual, ha dado la vuelta al mundo y ha sido reconocido y aceptado por una experta médica e investigadora farmacéutica tan respetada como la Dra. Jane Ruby (2) (3) (4) (la presencia de

óxido de grafeno, también se ha constatado en la vacuna de AstraZeneca (5), en la vacuna antigripal Vaxigrip (6) y en la de Moderna (7)); por el conocido científico alemán Andreas Kalcker (8), que va más allá y dice que está en todas las "vacunas"; por otros científicos, e incluso por algún empleado de Pfizer (9). **Los resultados no pueden ser más alarmantes** (10) **y además, dan una posible explicación científica al fenómeno del magnetismo detectado en la mayoría de los "vacunados" Covid, que ha sido constatado a nivel mundial** (11) (12) (13) (14) (15) (16) y de lo que han hablado doctores, que además, exponen sus propias hipótesis (17) (18) (19) (20) (21) y alguna investigación particular. Para dicho fenómeno, ni los fabricantes, ni la OMS, ni los diferentes gobiernos; ofrecen alguna explicación. En esta publicación, encontramos algo que podría corroborar la presencia de óxido de grafeno en la "vacuna" de Pfizer. Si nos dirigimos a la página 12, apartado 336, 337 y 338 podemos leer la siguiente frase en inglés: "R1.2/1.3 300 mesh grids freshly overlaid with graphene oxide. Sample was blotted using a Vitrobot Mark IV for 4 s with a force of -2 before being plunged into liquid ethane cooled by liquid nitrogen" (R1.2 / 1.3 Rejillas de malla 300 recién superpuestas con óxido de grafeno. La muestra se secó usando un Vitrobot Mark IV durante 4 s con una fuerza de -2 antes de sumergirse en etano líquido enfriado con nitrógeno líquido).

El 02 de noviembre, salió publicado en el canal de Telegram de La Quinta Columna, el informe técnico ampliado con el análisis de viales de más "vacunas" que ha confirmado lo que se había encontrado en el preliminar del suero de Pfizer: "Un total de 110 objetos escaneados y **se han hallado señales inequívocas de la presencia de óxido de grafeno en 8 objetos, y señales compatibles con la presencia de estructuras grafíticas o de grafeno en otros 20 objetos**.

"Se han detectado objetos cuyas señales RAMAN por similitud con el patrón **inequívocamente corresponden con óxido de grafeno reducido**. Otro grupo de objetos **presentan señales espectrales variables compatibles con derivados de grafeno**, por la presencia mayoritaria de señales RAMAN específicas (banda G) asignado a la estructura aromática de dicho compuesto, en conjunción con su apariencia visible".

De igual forma, un laboratorio chileno comparte, a través del programa de radio Dirección Correcta, fotos exclusivas del **óxido de grafeno encontrado en viales de vacunación de Pfizer, AstraZeneca y Sinovac**.

Con el uso de microscopía electrónica y otros tipos de microscopía, la investigación original del Dr. Robert Young y su equipo (hablaré más delante de ella), también confirma lo que encontraron los investigadores de La Quinta Columna y el Dr. Campra.

En Estados Unidos la FDA, retiró 75 millones de dosis del suero de Johnson & Johnson por estar contaminadas. En Japón, se han retirado 2.6 millones de dosis de la "vacuna" Moderna, por la presencia de sustancias extrañas en los viales. Se investiga la muerte de tres personas después de ser inyectados y se suspende la "vacunación" con Moderna. A día de hoy, la farmacéutica ya ha reconocido la

contaminación de su suero. Japón también reporta "vacunas" contaminadas de Pfizer. Precisamente Pfizer, ha retirado del mercado varios lotes de Chantix debido a la presencia de N-nitroso-vareniclina, que está asociada con un mayor riesgo de desarrollar cáncer.

La Dra. Carrie Madej está conmocionada por lo que había visto después de examinar los viales de "vacunas" de Moderna, J&J y Pfizer:

Una internista que miró varios viales de "vacunas" Covid bajo un microscopio está dando la voz de alarma después de su **descubrimiento de objetos extraños no identificados en las tomas, incluidos fragmentos metálicos, estructuras "parecidas al grafeno" en cada pinchazo y una criatura con tentáculos que se mueve parecida a un organismo en la inyección de Moderna**.

La Dra. Carrie Madej, quien dijo haber examinado el contenido ampliado de las tomas de Moderna, Pfizer y Johnson & Johnson, encontró cosas en las "vacunas" que los fabricantes no han especificado, tan graves, que ella que lloró luego de verificar con una segunda tanda de viales lo que había visto en la primera.

Ella explicó que examinó bajo un microscopio el contenido de un vial nuevo de Moderna, que se verificó y no fue modificado antes de ser colocado en una lámina portaobjetos bajo un microscopio compuesto. "No se agregó nada a la solución, no se diluyó nada", dijo.

"**Primero se veía simplemente translúcido. Y luego, a medida que pasaba el tiempo, durante dos horas, aparecieron los colores**. Nunca había visto nada como esto. No sucedió ninguna reacción química. **Era de un azul brillante y púrpura real, amarillo y, a veces, verde**".

Más tarde compartió que cuando preguntó a los ingenieros de nanotecnología de qué podrían provenir los colores brillantes emergentes, los ingenieros dijeron que "**lo único que sabían que podía hacer eso" era una luz blanca, con el tiempo, provocando una reacción en un material superconductor**".

Señaló que un ejemplo de sustancia superconductora sería "**un sistema informático inyectable**".

"**Aparecían cada vez más fibras**. Algunas de las fibras tenían una pequeña **estructura de cubo**, no estoy segura de qué era eso. Y también **había fragmentos metálicos allí**. No eran fragmentos metálicos que estoy acostumbrada a ver. Eran exóticos. Eran muy opacos".

Con el tiempo, dijo Madej, "**todas las partículas, todos estos colores comenzaron a moverse hacia el borde**" de la diapositiva de la cubierta. "**Había un autoensamblaje en marcha, las cosas estaban creciendo**. **Parecían sintéticas**".

Madej notó algo más bastante extraño: "**Había un objeto u organismo** en particular, no estoy segura de cómo llamarlo, **que tenía tentáculos** saliendo de él. **Pudo levantarse del portaobjetos de vidrio. Parecía ser consciente de sí mismo, o ser capaz de crecer o moverse en el espacio**".

Algún tiempo después, el mismo laboratorio obtuvo más viales de un lote diferente de inyecciones de Moderna, así como un vial de J&J. A Madej le preocupaba ver las mismas cosas que había observado en el primer vial.

"**Apareció otra de esas estructuras parecidas a tentáculos**". "La misma cosa". Madej también **vio aparecer los "mismos colores" con el tiempo, así como las fibras**.

En el frasco de J&J, dijo Madej, había "**definitivamente una sustancia que se parecía al grafeno**. **Todos tenían estructuras similares al grafeno allí**. Ya sea que lo fueran o no, no tengo la capacidad para probarlo, pero eso es lo que parecían ser".

El contenido del vial también tenía "**sustancias grasas, una sustancia pegajosa parecida a un pegamento que se consideraría un hidrogel**".

El vial de J&J "también tenía colores". "**Sus colores eran diferentes, como un tipo de color pastel fluorescente**. Una vez más, **también hay muchas estructuras sintéticas**". Madej también notó muchas "**estructuras de anillos esféricos**" en el contenido de J&J.

"Nunca había visto nada como esto antes. **Se supone que no deben estar en estas inyecciones**. ¿Qué le van a hacer a alguien? ¿Qué le van a hacer a un niño? Comencé a llorar cuando los vi por segunda vez bajo un microscopio, porque era la confirmación de todo lo que vi la primera vez", dijo Madej.

"Lo que veo en todos estos fabricantes son **sustancias sintéticas, como el grafeno, también estos tubos de nanocarbono**", dijo Madej.

"En este vial en particular de J&J", Madej vio "**esferas redondas, que no eran burbujas de aire**". Continuó: "Hay muchos de estos anillos y, a medida que pasaba el tiempo, se volvían más y más delgados y se expandían y finalmente sacaban algo de material gelatinoso. No estoy segura de qué era, pero había diferentes tipos de cosas dentro de estos. Así que son casi como una estructura de entrega, eso es lo que estaban haciendo".

En uno de estos anillos, Madej vio lo que "parecía **un organismo traslúcido que iba y venía**". Madej primero "pensó que era otro parásito del agua", pero después de seguir observando sus movimientos, "pensó que tal vez se estaba moviendo de una manera más robótica".

Madej vio "**el mismo tipo de cosas sintéticas" en la "vacuna" de Pfizer**, así como "**algo que se parece a la teslaforesis**. Ahí es cuando **estas pequeñas partículas metálicas negras parecidas al grafito comienzan a fusionarse**

en cuerdas, como una telaraña. Lo hacen a través de cualquier fuerza externa: podría ser luz, podría ser una fuerza magnética, podría ser un impulso, como una frecuencia. De todos modos, todas estas pequeñas partículas se fusionarían y formarían su propia red neuronal, o sus propias fibras o cables".

Madej cree que la entidad con tentáculos que encontró en los viales de Moderna tiene una conexión con el organismo **hydra vulgaris**. "Es uno de los organismos modelo que a los transhumanistas les gusta estudiar y mirar. Sienten que este es un organismo asombroso para la humanidad", dijo Madej, en parte porque "es inmortal en el laboratorio" y "**produce continuamente sus propias células madre**".

"Nunca se detiene. Puedes cortarlo en pedacitos, ponerlo en una placa de Petri y se forma una y otra vez", continuó. "Están pensando, ¿no sería genial si pudiéramos poner esto dentro del genoma de un cuerpo humano, y luego, si tu mano fuera cortada por un trauma, podrías desarrollar una nueva mano".

La hidra (Hydra vulgaris), un pequeño invertebrado de agua dulce, es una realidad. Estos organismos, que parecen palmeras carnosas en miniatura con frondas de tentáculos oscilantes, tienen células madre que existen en un estado de renovación continua y parecen tener la clave de la inmortalidad biológica en su código genómico. Cada 20 días, todo el organismo se renueva.

"Por lo que sabemos, no envejece ni muere", dice la profesora adjunta Celina Juliano, del Departamento de Biología Molecular y Celular. "Puedes cortar pequeños trozos del animal y volverá a crecer, y quizás lo más sorprendente es que puedes disociar el animal en células individuales, mezclarlas todas, volver a ponerlas en forma de bola y una nueva hidra simplemente crecerá a partir de ella. Las hidras son prácticamente inmortales en un entorno de laboratorio.

La otra razón por la que los transhumanistas están interesados en la hidra, dijo Madej, es que "tiene su propia red neuronal", que parece un nervio humano, y cuando están reunidos "pueden formar una red de malla, en realidad pueden comunicarse entre sí, casi como si tuvieras tu propia intranet dentro de tu cuerpo ". Señaló que entonces "algo externo podría afectarlo, como un impulso, una frecuencia, algo de 5G, una luz, un imán. ¿Y si algo influyera en esa red de comunicación?"

Anons ha identificado **el organismo "con tentáculos" descrito por la doctora Carrie Madej, de la "vacuna" Moderna**, como este parásito endocelular llamado Polypodium hydriforme, un metazoo con "características inusuales" que pertenece al mismo filo Cnidaria que los corales y las medusas y que no se sabe que infecte a los humanos, razón por la cual la doctora Madej nunca se había topado con él, como internista con 20 años de práctica.

Polypodium hydriforme es uno de los pocos animales que viven dentro de las células de otros animales. Pasa la mayor parte de su vida dentro de los ovocitos

(huevos, es decir, huevos inmaduros) de esturiones y polyodones, pero no se puede obtener del caviar.

Polypodium hydriforme es un parásito que vive en un huevo, tiene un "ciclo vital inusual, una morfología peculiar y altas tasas de evolución del ADN". Forma una "célula binucleada" similar al cáncer.

Las especies de cnidaria tienen propiedades muy dinámicas. La medusa inmortal es el único animal conocido capaz de invertir su ciclo vital. Lo hace a través del proceso de desarrollo celular de la transdiferenciación. Un adulto o un joven estresado puede, en lugar de morir, volver a convertirse en pólipo y reiniciar su ciclo vital, lo que lo convierte en un objetivo importante de la investigación farmacéutica, en relación con el envejecimiento.

El 21 de octubre, Karen Kingston señaló en el programa Stew Peters que los Institutos Nacionales de Salud (NIH), que poseen una participación del 50% en la "vacuna" mRNA-1273 de Moderna, ayudaron a desarrollarlas bajo el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID)) dirigido por el Dr. Anthony Fauci, que además "ha patrocinado la investigación sobre la hidra durante más de dos décadas". De hecho, el NIH tiene una subsección completa de su sitio web dedicada al Proyecto Hydra 2.0 Genome.

Kingston también señaló un estudio que encontró que Hydra tiene "aproximadamente la misma cantidad de genes que los humanos, compartiendo muchos de los mismos", y que también **encontraron en los genes de Hydra "relacionados con la enfermedad de Huntington" y con la formación de placa observada en Enfermedad de Alzheimer. Ella comparó los síntomas asociados con estas enfermedades con los que experimentan algunos que han recibido "vacunas" contra la Covid, como temblores corporales, en aquellos que han "perdido el control de su sistema neurológico**".

Ella cree que las personas están siendo inyectadas a través de las inyecciones de Covid con "hidra transgénica", que ella describe como un organismo con ADN de otro organismo incorporado.

El Dr. Zalewski **examinó tres muestras de "vacunas" y puede haber encontrado algo similar a Hydra Vulgaris**.

Los dos primeros viales de "vacunas" contenían soluciones salinas. En la tercera muestra, procedente de Moderna, Zalewski encontró lo que él llama "La Cosa", hecha de aluminio, bromo y carbono.

Creció/se desarrolló cuatro días después de ser colocada en una cámara de pulverización a alta temperatura en presencia de la cinta de grafito utilizada en la placa del microscopio. Zalewski observó que el organismo tiene una cabeza muy pequeña y tres "patas" de diferentes colores, con patas o pies en el extremo. Cree que los huevos están presentes en la "vacuna" y que el grafeno de la cinta los hizo eclosionar y crecer.

La Dra. Jane Botha informó en el programa de Stew Peters el 4 de octubre que cuando puso una gota de un frasco de inyección de J&J bajo el microscopio y dejó la gota descubierta, vio "**discos negros muy simétricos**" que "**parecen estar unidos**".

Botha no sabía qué pensar de lo que estaba viendo, pero notó que reflejaban la luz cuando se observaban bajo un campo oscuro y que parecían "**autoensamblarse**". Vio los mismos discos cuatro veces diferentes, usando cuatro gotas diferentes del mismo vial. Cuando la muestra se secó, dijo Botha, ya no podía ver las estructuras del disco, pero "**comenzaron a formarse líneas negras**".

Botha estaba especialmente preocupada por lo que encontró porque cuando vio el fluido del pinchazo a través de una técnica de microscopio diferente, **las "estructuras negras" de aspecto más amorfo parecían ser "exactamente la misma estructura" que observó en la sangre de sus pacientes pinchados que estaban experimentando síntomas después de las inyecciones de Covid-19**. **Estos síntomas incluyeron coágulos de sangre, dificultad para respirar, dolor de nervios, trombosis severa, embolias severas y dificultades cognitivas, incluyendo pérdida de memoria y depresión**.

La investigadora farmacéutica, la Dra. Jane Ruby, compartió en el programa Stew Peters el 6 de octubre que las personas han realizado "búsquedas inversas" y han "reunido mucha ciencia diferente para demostrar que **se trata de una tecnología que se llama microburbujas**", que dice es un sistema de administración utilizado para el cuerpo humano.

Ruby dijo que la Dra. Botha "tiene la hipótesis" de que la razón por la que ya no podía ver los discos, sino sólo las líneas negras una vez que se secaba la muestra del pinchazo de J&J, es que "**tal vez estaban programados para abrirse" y "derramar su contenido, su carga útil**".

Esta hipótesis se correspondería con la observación de la Dra. Madej en la muestra de "anillos" de la vacuna J&J de que "a medida que pasaba el tiempo, se volvían más y más delgados y se expandían y luego finalmente extruían algo de material gelatinoso", que ella describió como "casi como una estructura de entrega".

El International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research ha publicado una "descripción general" del "concepto de microburbujas como un sistema de administración de medicamentos", que describe **las microburbujas como un "tipo esférico pequeño de burbuja", "capaz de penetrar incluso en los capilares sanguíneos más pequeños y liberar fármacos o genes, incorporados en su superficie, bajo la acción del ultrasonido**".

En una investigación dirigida por Stefan Kochanek de la Universidad Ulm, estudiaron la "vacuna" ChAdOx1 nCov-19 (Astrazeneca) por métodos bioquímicos y proteómicos y encontraron cosas bastante preocupantes, cito textualmente:

"Encontramos que la 'vacuna', además del vector de adenovirus, **contiene cantidades sustanciales de proteínas virales humanas y no estructurales**. Entre las proteínas humanas, las proteínas de choque térmico y las proteínas citoesqueléticas fueron particularmente abundantes. **La fuerte reacción clínica observada a menudo uno o dos días después de la "vacunación" probablemente esté asociada con las impurezas de proteínas detectadas**. **También es concebible un vínculo con eventos adversos posteriores inmunorrelacionados**. La identificación aquí reportada de clases específicas de impurezas proteicas debería guiar y acelerar los esfuerzos para aumentar la pureza de la vacuna y aumentar su seguridad y eficacia".

En otro análisis, también con el suero de AstraZeneca, D. Guillermo Iturriaga, en busca de materiales metálicos y no metálicos, llego a las siguientes conclusiones:

El estudio de la muestra proporciona **evidencia de una presencia altamente probable de componentes electrónicos y semiconductores a nivel micrométrico / nanométrico**. Este análisis proporciona evidencia concluyente solo para la marca de viales AstraZeneca para la cual hay 02 viales en nuestra posesión y sus medidas son similares.

El resultado más extraño y perturbador de todo lo que hemos visto es que el vial emite campos eléctricos de hasta 50 v / m cuando se agita el líquido con fuerza, como se ve en las fotos. No tenemos conocimiento de ninguna otra sustancia artificial que tenga tal característica electroquímica y que también pueda inyectarse en seres humanos.

La identificación definitiva de grafeno, óxido de grafeno (GO), óxido de grafeno reducido (rGO), silicio (Si), entre otros en la muestra, requiere una CARACTERIZACIÓN ESTRUCTURAL mediante el análisis de patrones espectrales específicos comparables a los publicados en la literatura, y los obtenidos de la muestra estándar, obtenida por técnicas espectroscópicas Raman.

Los análisis en este informe corresponden a solo 02 muestras, limitado en volumen total disponible para procesamiento. Por lo tanto, es necesario realizar un muestreo significativo de viales similares para sacar conclusiones más significativas de muestras comparables, registrando el origen, la trazabilidad y el control de calidad durante los análisis previos al almacenamiento y transporte.

Las personas que presentan fenómenos magnéticos extraños (post inoculación con SINOVAC) e hipersensibilidad a RF (Radiofrecuencias) son analizadas externamente (y no invasivamente), en las que se utilizan instrumentos para detectar materiales ferrosos y no ferrosos y campos eléctricos. **También se detectan brillos de pigmento inusuales en erupciones cutáneas en la epidermis con luz ultravioleta en el rango de 365 a 395 nm**.

Melissa Strickler, le dijo a Jim Hale en una entrevista exclusiva que **el suero de Pfizer incluye químicos tóxicos**, después de haber sido despedida por Pfizer. Los viales de "vacunas" de Pfizer / BioNTech **brillan en azul fluorescente y**

contienen una enzima llamada Luciferasa, dijo un inspector de calidad de la compañía farmacéutica en una entrevista exclusiva la misma semana.

"La "vacuna' brilla, al menos la de Pfizer", dijo Melissa Strickler, quien trabajó para el gigante farmacéutico durante casi 10 años. "Parece que alguien tomó una barra luminosa azul, la abrió y la puso en el vial, pero solo si hay luz y está alrededor de un fondo oscuro".

Strickler, que trabajaba en la gran planta de Pfizer en McPherson, Kansas, dijo que **ha inspeccionado "cientos de miles de unidades" de vacunas en su carrera en la empresa "y nunca había visto nada que hiciera eso, ni siquiera cerca**". Por lo general, **el líquido en los viales es claro como el agua, dijo, pero fotografió los viales cuando notó el tinte azul fluorescente en el líquido** y preguntó sobre el ingrediente a los superiores.

Strickler dijo que escuchó a un médico describir los códigos de los ingredientes de las "vacunas", incluidos **los códigos SM-102 para la luciferasa**, una enzima que brilla en la oscuridad producida en luciérnagas, plantas y peces que se utiliza en la investigación de bioluminiscencia. Dependiendo de los diferentes productos químicos con los que se mezcle, la luciferasa brillará en diferentes colores. Una luciferasa azul brillante se identificó en un informe de la revista Nature Scientific Reports en 2020, por ejemplo, y solo es visible bajo luces ultravioleta de ciertas longitudes de onda.

"Todavía no hemos visto las etiquetas de la Comirnaty en los viales de esa planta", dijo Strickler, refiriéndose al nombre comercial de la "vacuna" que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó en agosto. "Hasta donde yo sé, todos siguen recibiendo ese producto original de autorización de uso de emergencia".

"Pensé que todo esto eran cosas de conspiración". Sin embargo, describió el engaño de Pfizer como "interminable". "**No creo que hayan sido honestos sobre una sola cosa sobre esta 'vacuna' además de que es experimental**. Y eso es tecnología de ARNm".

Agregó que **la tecnología de ARNm de las "vacunas" podría usarse con la tecnología CRISPR para la edición de genes y ese hecho también se está ocultando al público en los mensajes de Pfizer, los medios de comunicación y el gobierno**.

El Dr. Fleming, cardiólogo certificado y el Dr. Kevin McCairn, han analizado el contenido e los viales al microscopio y han estudiado los cambios en la sangre de personas inoculadas.

Lo primero que deja el Dr. Fleming deja claro es que **no hay óxido de grafeno ni parásitos en la "vacunas"**, calificando este tipo de afirmaciones como desinformaciones.

Luego nos muestra que **la sangre, al entrar en contacto con el contenido del vial, pierde su capacidad para transportar oxígeno (algo que sucede en cuestión de minutos). La aglomeración de los glóbulos rojos causa la respuesta trombótica inflamatoria**.

"Pueden ver una **gran cantidad de contaminacion en la 'vacuna' de Pfizer. No hay pequeñas criaturas, no hay grafeno. No hay microchips, no hay formas de vida alienígena**. Estas afirmaciones solo han dificultado averiguar la realidad".

"Hay muchas nanopartículas lipídicas, cristales y fibras que no aprobarían el control de calidad".

Grafeno y derivados

El grafeno ha sido calificado como un "material milagroso", y sus inventores recibieron el premio Nobel de Física cuando lo descubrieron en el año 2004, pero hay numerosos estudios que alertan sobre el potencial peligro del manejo del grafeno para la salud de los seres humanos, animales y medio ambiente. Sin embargo, este novedoso material se puede encontrar ya en el mercado para diferentes fines, los cuales van desde productos para la construcción o la agricultura, pinturas, cosméticos, en bases de soluciones acuosas como simples sueros fisiológicos o líquidos de cigarrillos electrónicos, e incluso, su uso se recoge en varias patentes para vacunas, incluidas inyecciones contra el Covid-19...Todo esto no solo está pasando sin que existan pruebas que avalen su seguridad, sino con la existencia de una gran literatura científica que advierte de sus potenciales peligros y de la falta de estudios actuales para comprenderlos más profundamente (22).

Es fácil dejarse llevar cuando escuchas hablar sobre el grafeno. Compuesto por capas de carbono de un solo átomo de espesor, el grafeno es increíblemente ligero, increíblemente fuerte, extremadamente flexible, magnético y altamente conductor tanto de calor como de electricidad. Sus propiedades encierran la promesa de una revolución tecnológica absoluta en tantos campos que se le ha llegado a llamar un "material milagroso", pero a pesar de toda la euforia: al igual que con cualquier nueva tecnología, las desventajas potenciales deben tenerse en cuenta desde el principio.

Es un material compuesto por una capa de carbono del grosor de un átomo. Es increíblemente liviano pero al mismo tiempo increíblemente resistente, flexible y además capaz de conducir a la perfección cargas eléctricas y temperatura. Tan solo hace 17 años que los laboratorios han conseguido aislar el grafeno y desde entonces la industria trata de conseguir transformarlo en un material que pueda dar de sí todo el potencial que parece ofrecer en usos y aplicaciones comerciales, aunque parece que no se han destinado tantos esfuerzos monetarios y de investigación en indagar sobre sus posibles efectos negativos. **En el año 2014, dos alarmantes estudios explicaron los nefastos efectos negativos del grafeno y de sus derivados en la salud del ser humano** (23) (24). En el

primero examinaron cómo las nanopartículas de óxido de grafeno podrían interactuar con el medio ambiente si encontraran su camino hacia las fuentes de agua superficiales o subterráneas y llegaron a la conclusión de que un derrame de **este tipo de nanopartículas puede tener el potencial de causar daño a la materia orgánica, plantas, peces, animales y humanos**. El área afectada podría propagarse rápidamente y podría tomar algún tiempo para volver a ser segura; en el segundo, examinaron la toxicidad potencial del grafeno en las células humanas, descubriendo que los **bordes irregulares de las nanopartículas de grafeno, súper afilados y súper fuertes, perforan fácilmente a través de las membranas celulares en los pulmones, la piel y las células inmunes humanas, lo que sugiere el enorme potencial del material para poder causar daños graves en seres humanos y otros animales**.

En otro estudio de 2018 (25), sugieren "la existencia de un potencial efecto tóxico a la exposición a diferentes formas de grafeno de manera dosis-dependiente, principal pero no exclusivamente en la exposición respiratoria", y añadieron que "se debe seguir realizando estudios más precisos para llegar a un consenso en relación a los niveles máximos de exposición permitidos, y los requisitos a exigir en medidas de protección individual". Hicieron una revisión bibliográfica de las publicaciones relacionadas con el grafeno y derivados de lo últimos 10 años. Dicen los autores, "existen numerosos estudios sobre la exposición a este nuevo material, revelando la gran preocupación existente justificada por la cantidad de recursos destinados a la investigación sobre sus aplicaciones". **Los resultados muestran potenciales efectos citotóxicos del grafeno, su almacenamiento, las distintas vías de exposición, las distintas formas de grafeno utilizadas en a la industria, así como las diferencias entre estas formas en su efecto nocivo. De los 17 estudios revisados, 11 de ellos revelaron potenciales efectos sobre la salud. Los autores también señalaron que la exposición humana a los nanomateriales puede ocurrir a través de múltiples rutas, como inhalación, ingestión, inyección, implantación y absorción cutánea.**

Los nanotubos de carbono y el grafeno son insolubles en agua, por ello se funcionalizan, para mejorar su solubilidad y su unión a ciertos fármacos. Los nanotubos de carbono de una sola capa se suelen funcionalizar con un grupo carboxilo (SWCNT-COOH). Para funcionalizar láminas de grafeno monocapa se recurre al óxido de grafeno, que se reduce parcialmente para mejorar su conductividad eléctrica dando lugar al llamado óxido de grafeno reducido (RGO).

Experimentos recientes de toxicidad en modelos animales, demuestran que **los nanotubos de carbono inyectados (CNT) y el óxido de grafeno (GO), migran a través del cuerpo y se acumulan en diferentes sitios de distintos órganos, resultando en daños a células y órganos**. Inflamación y formación de pequeños nódulos en los pulmones e inducción de ateroesclerosis. Se ha informado de lesiones en la arteria del corazón animal. **Tanto GO como CNTs, pueden desencadenar la producción de radicales de estrés oxidativo en determinadas condiciones y exposición, que conduce a la muerte celular y eventual lesión de órganos**. Estas investigaciones conciernen

específicamente al hombre, a su reproducción, que ha demostrado ser sensible a factores exógenos y sufre un deterioro continuo. Las causas de este deterioro de la reproducción masculina son complejas y no se comprenden bien, pero se cree que el estrés oxidativo reactivo es uno de los principales factores. En los espermatozoides, el estrés oxidativo se ha relacionado al daño del ADN y la membrana celular, lo que resulta en una motilidad reducida (26). **El** impacto biológico **del grafeno y sus derivados como el óxido de grafeno, es grande; entre otras cosas, puede causar inflamación, estrés oxidativo, daño en el ADN, citotoxicidad, apoptosis, necrosis, etc. Además atraviesa las distintas barreras hematoaérea, hematotesticular, hematoencefálica, hematoplacentaria y se acumula en pulmones, hígado y bazo entre otros.**

La familia de compuestos derivada del grafeno (GFNs), penetran a través de las barreras fisiológicas o estructuras celulares por diferentes vías de exposición o rutas de administración, introduciéndose en el cuerpo o células eventualmente y resultando altamente tóxicas. Después de entrar en el cuerpo, llegan a varios lugares a través de la circulación sanguínea o de diferentes barreras biológicas y pueden quedar retenidos en diferentes grados en distintos órganos. Debido a su tamaño nanométrico, pueden alcanzar órganos profundos, atravesando las barreras fisiológicas normales, como pueden ser: la barra sangre-aire, sangre-testículos, sangre-cerebro y sangre-placenta (27). Según el colectivo Reinfocovid, las NP del grafeno (Go, G, GQD) son tanto más tóxicas cuanto mayor es su tamaño. Los grupos epoxi en GO pueden causar estrés oxidativo (inflamación) que puede conducir a la muerte celular. Sin embargo, se degradan más fácilmente por enzimas como las peroxidasas. El patrón de distribución de NP confirma que las moléculas se fagocitan y, por lo tanto, se neutralizan rápidamente. Esta distribución y su acumulación / degradación dependen del tamaño, la forma y la carga superficial de las partículas, pero también del órgano diana, el flujo sanguíneo y el número de células fagocíticas.

De todas las investigaciones que hasta la actualidad, se han hecho sobre las posibles aplicaciones del grafeno y sus derivados; hay una que llama tremendamente la atención, por los tiempos que corren. En ella se estudia a nivel nanométrico la interacción del óxido de grafeno, con el SARS-CoV-2, concretamente con la proteína spike, con el receptor ACE2 y con el complejo formado por ambos. Encuentran que el OG, presenta afinidad por las tres estructuras y demuestran que esa interacción interrumpe la infectividad, incluso en la presencia de algunas mutaciones de la proteína (28).

Hace muy poco, se ha descubierto una patente que corrobora la posibilidad de presencia de óxido de grafeno; es una patente de una vacuna Covid, en la que las cargas moleculares y las proteínas recombinantes de RBD de la proteína Spike, las cargan en una plataforma, red, o maya de grafeno (29). También se han encontrado otras tres en las que grafeno forma parte de una solución salina y en algún caso, hasta inoculable por vía oral o incluso respiratoria; llegando a pretender que puedan utilizarse también como vacuna contra el SARS, MERS y corona (30) (31) (32). En 2006, ya había una patente doble en la que se

desarrolla el funcionamiento de las "vacunas" Covid, lo cuál es bastante sospechoso:

2006-05-09 Solicitud presentada por la Universidad de Stanford

(El Gobierno de Estados Unidos tiene derechos sobre la patente)

2006-12-07 Publicación de US20060275371A1

2012-08-21 Publicación de US8246995B2

2012-08-21 Solicitud concedida

En ella, se describe cómo elaborar una base acuosa con grafeno, y funcionalizarlo con 3 polímeros en una pócima acuosa, en la que cargar las proteínas y moléculas de ARNm, para ser transportado y liberado en las células (33). La patente no solo describe el funcionamiento de las mal llamadas "vacunas" Covid (los fármacos Covid), sino que además los 3 polímeros necesarios para la pócima descritos en la Patente, son los que están en las "vacunas" que actualmente tenemos. Además, se ha encontrado otra, que claramente genera todavía más sospechas sobre todo lo relacionado con la "pandemia" (34) (35) (36).

Actualmente, hay un estudio todavía en marcha, en el que se está utilizando un hidrogel con grafeno, para facilitar la liberación del ARNm de distintos fármacos, fundamentalmente "vacunas". "Este hidrogel transformable no solo puede encapsular y proteger el ARNm de la degradación, sino también apuntar a los ganglios linfáticos para supuestamente activar las células inmunes", explican los autores. Curiosamente, en la Patente de Moderna, en la sección 219, al final de la página nos dice; "...el ARNm puede ser encapsulado en cualquier tipo de hidrogel conocido que formaría un gel al ser inyectado en el sujeto. Los hidrogeles son una red de cadenas de polímeros que son hidrofílicos...Los hidrogeles también poseen un cierto grado de flexibilidad muy similar al propio tejido natural, debido a su contenido en agua. ...El hidrogel aquí descrito puede ser utilizado para encapsular las nanopartículas de lípidos que son biocompatibles, biodegradables y/o porosas".

El doctor Robert O. Young en un artículo, habla sobre un estudio en el que se analizan las "vacunas" Covid: "**La microscopía electrónica de barrido y transmisión revela óxido de grafeno en las "vacunas" CoV-19**". Se muestra el análisis de las cuatro vacunas que están autorizadas en España y que han sido analizadas con diversas metodologías confirmando la presencia de óxido de grafeno en todas ellas además de nanopartículas con compuestos inorgánicos metálicos y tóxicos. Se obtuvieron imágenes de las fracciones acuosas de las vacunas para evaluar visualmente la posible presencia de partículas de carbono o grafeno. Las observaciones bajo microscopía óptica revelaron abundancia de objetos laminares 2D transparentes que muestran gran similitud con imágenes de la literatura, y con imágenes obtenidas del estándar rGO (óxido de grafeno reducido) (SIGMA). Se obtuvieron imágenes de grandes láminas transparentes de tamaño y formas variables, mostrando onduladas y planas, irregulares. Las

láminas más pequeñas de formas poligonales, también similares a las escamas descritas en la literatura se pueden revelar con microscopía de campo oscuro y contraste de fase.

Las cápsidas de liposomas son cápsulas de lípidos grasos. Se nos dice que su propósito es envolver el ARNm para evitar que el material genético se descomponga antes de que alcance su objetivo: las células de nuestro cuerpo. **Las cuatro "vacunas" de Covid contienen niveles relativamente altos de óxido de grafeno; las cápsidas de liposomas Pfizer y Moderna son 100% óxido de grafeno (después de extraer el ARNm)**. El óxido de grafeno es citotóxico, genotóxico y magnetotóxico. El liposoma entrega el óxido de grafeno a órganos, glándulas y tejidos específicos, a saber: los ovarios y los testículos; médula ósea; corazón; y cerebro.

También se encontró en la inyección de Pfizer, Trypanosoma cruzi, un parásito del cual varias variantes son letales y es una de las muchas causas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. No se sabe si se trataba de un ingrediente al azar o si se colocó a propósito y se encontrará en todas las "vacunas" de Pfizer.

En las "vacunas" de AstraZeneca, el Dr. Young y su equipo identificaron histidina, sacarosa, polietilenglicol ("PEG") y alcohol etileno, que también estaban contenidos en las inyecciones de Pfizer, Moderna y Janssen. El PEG fue el único adyuvante declarado en la hoja de datos que enumera los ingredientes de la inyección de AstraZeneca.

Janssen también contiene partículas compuestas de acero inoxidable que se pegan con un «pegamento a base de carbono» de óxido de grafeno reducido. Este agregado es altamente magnético y puede desencadenar la coagulación sanguínea patológica y el "Efecto Covid" o el "Efecto proteína Spike".

La "vacuna" Moderna también contiene muchos cuerpos extraños esféricos con algunas cavidades en forma de burbuja. Esta composición de nanopartículas altamente tóxica son puntos cuánticos de seleniuro de cadmio que son citotóxicos y genotóxicos. Los puntos cuánticos son nanopartículas semiconductoras que brillan de un color particular después de ser iluminadas por la luz.

La cuantificación de ARN en la muestra de Pfizer se realizó con protocolos convencionales. **Según las imágenes microscópicas obtenidas, la mayor parte de esta absorbancia podría deberse a láminas similares al grafeno, abundantes en la suspensión de fluidos de la muestra**. Las conclusiones están respaldadas además por la alta fluorescencia de la muestra con un máximo a 340 nm, de acuerdo con los valores máximos de rGO. Debe recordarse que el ARN no muestra fluorescencia espontánea bajo exposición a los rayos UV.

"Los sueros de Pfizer, Moderna, Astrazeneca y Janssen NO son "vacunas", sino agregados de nanopartículas de óxido de grafeno

complejados con diferentes nanoelementos unidos a ácidos nucleicos modificados genéticamente de ARNm de células animales o vero y células fetales humanas abortadas. Una vez más, los ingredientes de estas llamadas "vacunas" son altamente magnetotóxicos, citotóxicos y genotóxicos para las membranas celulares de plantas, insectos, aves, animales y humanos y su genética, lo que ya ha provocado lesiones graves (estimadas en más de 500 millones) y / o eventuales muerte (estimada en más de 35 millones)". En el siguiente vídeo, lo explica todo.

Según el Dr. Young, se estima que 500 millones de personas en todo el mundo ya han resultado heridas y potencialmente 35 millones han muerto debido a las inyecciones de Covid. Es probable que esto aumente en los próximos meses, ya que las personas que han recibido dos inyecciones tienen 13 veces más probabilidades de resultar lesionadas, hospitalizadas o muertas por la llamada "variante Delta" en comparación con aquellas con inmunidad natural.

El código genético de la proteína Spike en las "vacunas" se genera por computadora, es "creado por el hombre" y se puede alterar fácilmente. Y, el óxido de grafeno en los tejidos del cuerpo (cerebro, tejido conectivo, potencialmente en los músculos) interactuará con frecuencias pulsantes dentro del rango 5G, dijo el Dr. Young, esto será lo que causará la próxima "ola" predicha en octubre.

Entre los componentes reconocidos de las "vacunas" Covid (37) (38) (39) (40) (41), hay algunos, cuando menos, inquietantes, es el caso del SM-102 de la de Moderna.

SM-102

En sí mismo, es una formulación lipídica sintética que necesita de un solvente orgánico para solubilizarlo. Hay principalmente dos posibilidades: cloroformo o DMSO.

Si nos vamos a la descripción del producto de Cayman Chemical Company, es un amino lípido ionizable extremadamente tóxico que se ha utilizado en combinación con otros lípidos en la formación de nanopartículas lipídicas. La administración de ARN mensajero de luciferasa en nanopartículas lipídicas que contienen SM-102 induce la expresión de luciferasa hepática en ratones (42).

Según el fabricante, en su presentación ante la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) (43), **este químico (*disuelto en cloroformo*) no es apto para su uso en animales ni en humanos, es solo para investigación**. Causa "toxicidad aguda fatal en contacto con la piel", aseverando también que el SM-102 "provoca daños al sistema nervioso central, los riñones, el hígado y el sistema respiratorio a través de exposiciones prolongadas o repetidas".

Supuestamente, el cloroformo no se usa en la "vacuna", lo que se supone que se utiliza con el SM-102 es el DMSO (dimetilsulfoxido), empleado como disolvente en varios medicamentos. No obstante, si los prospectos de las vacunas están en

blanco y las fichas técnicas no dan ese dato, ¿cómo sabemos si el SM-102 que reconocen estar usando, es el que tiene como disolvente el DMSO o el que utiliza el cloroformo?

DMSO

Es un compuesto orgánico incoloro de azufre y un solvente ampliamente reconocido para sustancias hidrófobas tanto in vivo como in vitro. Es una molécula aprótica polar de naturaleza anfipática, ideal para disolver moléculas polares y apolares poco solubles. El DMSO se utiliza ampliamente como disolvente en toxicología y farmacología, para la criopreservación de células y como potenciador de la penetración durante los tratamientos topológicos. Es generalmente aceptado como no tóxico por debajo del 10% (v/v) y, en la práctica, se asume que los efectos secundarios del compuesto, son insignificantes.

Su principal característica, es la capacidad de disolver una gran variedad de estructuras químicas de sustancias (vitaminas, antibióticos, hormonas, sales, citostáticos, alcaloides). El DMSO es un importante solvente aprotónico bipolar, es menos tóxico que otros de este grupo, como la dimetilformamida o la dimetilacetamida. Debido a su fuerte solubilidad, se usa como solvente en reacciones químicas que involucran sales inorgánicas, en particular en reacciones de sustitución nucleofílica. Las propiedades ácidas del DMSO son débiles, por lo que se ha convertido en un solvente importante en la química de los aniones de carbono. La segunda propiedad por la que es popular el dimetilsulfóxido es el transporte; el suministro de cualquier sustancia activa desde la superficie a las capas más profundas de la piel, está regulado por la función de barrera del estrato córneo (es la capa más externa de la epidermis y comprende, en promedio, unas 20 subcapas de células muertas, aplanadas, en función de la parte del cuerpo que recubre la piel. Estas células muertas se desprenden regularmente en un proceso conocido por descamación) (44).

Existe evidencia de que el DMSO puede aumentar la difusión a través del estrato córneo al alterar la función de barrera. Esto probablemente se deba a interacciones aprotónicas con lípidos intercelulares y también puede incluir un cambio reversible en los principales grupos de lípidos que crean una estructura más permeable. El DMSO también puede desempeñar un papel en la separación, formando un microambiente del disolvente dentro del tejido, que puede extraer eficazmente los solutos del portador. Finalmente, el DMSO puede tener un fuerte efecto solubilizante en agentes menos solubles en varios portadores, aumentando la penetración simplemente al entregar una mayor concentración a la barrera de la membrana. Además cuenta con propiedades antiinflamatorias, analgésicas, antibacterianas y por último, mejora el suministro de sangre local a los tejidos isquémicos. Tiene aplicaciones en: odontología, oncología, cirugía, virología, dermatovenerología, tratamiento del sistema musculoesquelético o en urología (45).

Se absorbe rápidamente cuando se administra por vía dérmica u oral. Se excreta principalmente a través de los riñones, pero una pequeña parte se excreta a través de los pulmones y el hígado. Parte del DMSO se transforma en el metabolito volátil dimetil sulfuro, que da un olor característico a ajo u ostra cuando se excreta a través de los pulmones. El DMSO puede inducir la liberación de histamina, lo que puede ser el motivo de reacciones adversas como rubor, disnea, calambres abdominales y reacciones cardiovasculares.

Los efectos del DMSO difieren según la dosis y la vía de administración. La introducción de concentraciones de DMSO superiores al 50% en la sangre resultó en hemólisis instantánea, acumulación de glóbulos blancos y precipitación de fibrinógeno, mientras que la inyección directa de DMSO por vía intravenosa podría causar irritación local y necrosis. Entre los efectos secundarios más habitualmente reportados, están: reacciones gastrointestinales, reacciones cardiovasculares y respiratorias, reacciones dermatológicas, reacciones neurológicas o reacciones urogenitales (46).

En biología celular, también se usa como inductor de la diferenciación celular, eliminador de radicales libres y radioprotector, pero con mayor frecuencia para la criopreservación. En ocasiones se usa mezclado con etilenglicol, lo que reduce la cantidad y la toxicidad de los crioprotectores individuales. Además, atraviesa fácilmente la mayoría de las membranas de los tejidos de los animales inferiores y del hombre. **El DMSO también puede mejorar la permeabilidad de otros compuestos de bajo peso molecular, haciéndolos pasar por membranas o penetrando más profundamente en un tejido con respecto a como lo harían normalmente.**

La mayoría de los conocimientos sobre los efectos moleculares del DMSO se obtuvieron el siglo pasado, a menudo utilizando altas dosis. Mientras tanto, la ciencia biomédica ha evolucionado hacia técnicas de alto rendimiento más sensibles y hacia nuevas áreas de investigación, incluidas las modificaciones del epigenoma y el silenciamiento de genes mediado por microARN.

Recientemente, se ha descubierto en un estudio (47), **la capacidad de DMSO para inducir cambios en los procesos celulares en las células cardíacas y hepáticas, pero más gravemente, induce alteraciones en el miARN y el paisaje epigenético en el modelo cardíaco de maduración 3D**. Los cambios en los procesos celulares pueden tener consecuencias para las conclusiones extraídas de los ensayos celulares y, por lo tanto, también en cualquier aplicación de estos hallazgos (por ejemplo, conclusiones falsas negativas de toxicidad de fármacos). Además, los cambios extremos en los miARN y las alteraciones en el panorama epigenético, pueden representar una amenaza, especialmente para la tecnología de reproducción asistida. La hipermetilación de todo el genoma inducida por la desregulación global de los mecanismos de metilación, especialmente cuando afecta a genes importantes en el desarrollo, puede tener consecuencias negativas directamente, más adelante en la vida o posiblemente en generaciones posteriores.

En general, **se debe evitar el uso de DMSO siempre que sea posible**. Sin embargo, por el momento, el DMSO es indispensable dentro de las aplicaciones biotecnológicas. En estos casos, se deben considerar los efectos que puede tener el DMSO y se debe mantener la concentración lo más baja posible, porque **incluso a concentraciones bajas, el DMSO no es inerte**.

En otro estudio de la toxicidad del compuesto (48), los autores concluyeron que el DMSO **al 10% aumenta la toxicidad del hígado y el riñón de ratas**. Los investigadores deben tener cuidado de reducir la cantidad de solvente orgánico (o reducir su concentración en experimentos in vitro) a la mínima dosis posible. **En otro estudio** (49), **los autores demuestran que el DMSO, induce apoptosis retiniana in vivo en ratas, incluso con bajas concentraciones**. **Estos resultados destacan las preocupaciones de seguridad del uso de concentraciones bajas de DMSO como disolvente para la administración in vivo y en ensayos biológicos, llegando a recomendar, que se empleen distintos agentes solubilizantes al DMSO para solubilizar fármacos**. En otro estudio (50), intentaron disolver un profármaco en DMSO, debido a su alto grado de hidrofobicidad, pero **encontraron que este disolvente mostraba una alta toxicidad en ensayos in vitro, aumenta la permeabilidad celular en tal grado que induce la apoptosis**. Por este motivo, intentaron buscar un disolvente alternativo al DMSO. En este trabajo se demuestra que el etanol presenta menor toxicidad in vitro. También se ha encontrado alta toxicidad en las diferentes líneas celulares de Fibroblastos, Glioblastoma, Neuroblastoma y HeLa, así como en los animales tratados.

Nanopartículas lipídicas

El SM-102, supuestamente, lo usan para la formación de nanopartículas lipídicas (LNP).

Se clasifican como nanopartículas lipídicas a todas aquellas cuyo componente principal son lípidos. Éstas se caracterizan por ser las que tienen un uso más extendido, debido principalmente a que presentan propiedades óptimas de biocompatibilidad y biodegradabilidad. **También cuentan con una gran similitud con las membranas biológicas, ya que facilita su entrada en la célula**.

En su aplicación para la terapia génica, las nanopartículas lipídicas están formadas por lípidos catiónicos que aportan la carga positiva necesaria para la formación de complejos con la carga negativa de los ácidos nucleicos. Con este objetivo, se utilizan lípidos catiónicos sintéticos formados por una estructura de cabeza catiónica, cola hidrofóbica y un dominio de unión entre ambos. Las diferencias entre los distintos dominios dan lugar a los diferentes lípidos catiónicos sintéticos que se utilizan para la formación de liposomas como vectores en terapia génica. Podemos decir que consisten en una mezcla de fosfolípidos, colesterol, lípidos PEGilados y lípidos catiónicos o ionizables. Los fosfolípidos y el colesterol tienen funciones estructurales y estabilizadoras, mientras que los lípidos PEGilados apoyan la circulación

prolongada. Los lípidos catiónicos/ionizables se incluyen para permitir la formación de complejos de las moléculas de ARNm cargadas negativamente y permitir la salida del ARNm del endosoma al citosol para su traducción (51).

Los datos respaldan que algunas LNP que contienen lípidos ionizables/catiónicos, son altamente inflamatorios y posiblemente citotóxicos. Un estudio preclínico mostró que el ARNm complejado con LNP tiene actividad adyuvante (52). Los ensayos clínicos en humanos de las vacunas Pfizer/BioNTech y Moderna han informado de efectos secundarios a menudo relacionados con la inflamación como: dolor, hinchazón, fiebre y somnolencia. Bajo la presunción de que esta plataforma de "vacuna" no es inflamatoria, los efectos secundarios informados se interpretaron como que la "vacuna" es potente y genera una respuesta inmune.

En un estudio (53) centrado en el lugar de la inyección, **se analizaron las propiedades inflamatorias de los LNP** utilizados para los estudios preclínicos de vacunas en ratones. Utilizando técnicas complementarias, **mostraron que la administración intradérmica o intranasal en ratones de LNP utilizados en estudios** preclínicos, **desencadena una inflamación caracterizada por infiltración leucocítica, activación de diferentes vías inflamatorias y secreción de un grupo diverso de citocinas inflamatorias** (pequeñas proteínas, secretadas por células, que modulan el sistema inmunitario) **y quimiocinas** (de la familia de las citocinas, quimioatrayentes, que juegan un papel vital en la migración celular a través de las vénulas de la sangre hacia los tejidos y viceversa, y en la inducción del movimiento celular en respuesta a un gradiente químico (quimiocina) por un proceso denominado quimiotaxis. También regulan el desarrollo de órganos linfoides, diferenciación de linfocitos T, intervienen en metástasis celular, y recientemente se ha demostrado que tienen una función neuromoduladora).

El ARNm se modifica con nucleósidos y se purifica específicamente para evitar la activación de vías inflamatorias innatas; no obstante, **el componente lipídico catiónico/ionizable de los LNP suele ser inflamatorio y citotóxico. El componente lipídico ionizable patentado de estos LNP también es inflamatorio. Además, la activación observada de otras vías inflamatorias y la muerte celular, podrían acentuar aún más los efectos secundarios experimentados**. Sin embargo, se necesarios más estudios para determinar la naturaleza exacta de las respuestas inflamatorias desencadenadas por las vacunas de ARNm-LNP en humanos.

Las personas a menudo presentan efectos secundarios más graves y sistémicos después de la "vacuna" de refuerzo. Esto plantea la **posibilidad de que la respuesta inmune adaptativa amplifique de alguna manera los efectos secundarios inducidos por la vacuna**. Un culpable identificado hasta ahora es el PEG, que es inmunogénico (54). Se ha informado de que **los anticuerpos formados contra PEG apoyan una reacción llamada anafilactoide** (pseudoalergia relacionada con la activación del complemento (CARP)). La investigación ha demostrado que los LNP ingresan fácilmente al cerebro y pueden desencadenar reacciones inmunes, especialmente después de la segunda dosis

(55). Es de destacar que, dado que **el PEG es un compuesto que se usa con frecuencia en cosméticos y pastas dentales, muchas personas podrían tener anticuerpos anti-PEG, así por ejemplo, más del 70% de la población estadounidense es alérgica al PEG, por lo que estas vacunas les pueden causar reacciones alérgicas y anafilaxia** (56). El problema con estos compuestos químicos no es tanto su efecto nocivo directo (que ya hemos demostrado que tiene), es el poder de penetración que tienen en la piel. Es decir, **su grado de peligrosidad depende sobre todo del resto de ingredientes que compongan el producto, ya que al tener un gran poder de penetración, junto con los PEG, también entran otras sustancias tóxicas** (57) (58).

Mientras que el ARNm transfecta principalmente células cercanas al sitio de inyección, podría, hipotéticamente, llegar a cualquier célula del cuerpo. La proteína traducida resultante podría presentarse en forma de péptidos o mostrarse como una proteína completa en la membrana celular. En ambos casos, las células con el péptido/proteína de la vacuna en sus superficies podrían ser atacadas y destruidas por células del sistema inmunológico adaptativo e innato, células CD8 + T y NK.

Los efectos secundarios de la primera "vacuna", probablemente estén asociados con una fuerte inflamación inducida por los LNP. Por el contrario, después de la segunda vacunación, los efectos secundarios podrían exacerbarse aún más por las respuestas inmunitarias dirigidas a las células que expresan la proteína de la "vacuna" o sus derivados peptídicos. **En general, el entorno inflamatorio robusto inducido por los LNP, combinado con la presentación de los péptidos/proteínas derivados de la "vacuna" fuera de las células presentadoras de antígenos, podría causar daño tisular y exacerbar los efectos secundarios**.

En las últimas décadas, las nanopartículas cargadas con fármacos se han desarrollado rápidamente en diferentes campos de la industria, la tecnología y la medicina. Los sistemas nanoestructurados se han utilizado con éxito en la industria farmacéutica porque pueden separar eficazmente varios grupos de agentes terapéuticos y cambiar las características y el comportamiento de las sustancias activas en medios biológicos. La investigación que involucra sistemas de nanopartículas aplicados a medicamentos ha jugado un papel importante en la obtención de métodos diagnósticos y terapéuticos nuevos o mejorados para la promoción de la salud. Las nano formulaciones se pueden administrar a través de rutas sistémicas o se pueden usar como plataforma, agentes de formación de imágenes y con fines de administración de genes. Al mismo tiempo, el advenimiento de los sistemas cargados con nanofármacos ha promovido investigaciones novedosas sobre métodos sintéticos y tecnologías de bioconjugación. Diversos estudios sobre los cambios en la estructura, forma, propiedades químicas de las nanopartículas (NP).

El desarrollo de nanoportadores para dispositivos de administración de fármacos ha avanzado considerablemente. Sin embargo, las preguntas sobre la aplicación biológica de estos sistemas no han sido completamente respondidas. Uno de los

principales problemas relacionados con la seguridad y la eficacia de tales plataformas de administración es la compatibilidad sanguínea.

En general, las nanopartículas (NP) entran en la circulación sanguínea como objetos extraños (59). Por un lado, pueden provocar una serie de reacciones inflamatorias y reacciones inmunes, resultando en la rápida eliminación de las células inmunes y del sistema retículo endotelial, afectando su durabilidad en la circulación sanguínea. Por otro lado, la premisa del sistema portador de fármacos para desempeñar un papel terapéutico depende de si provocan coagulación y activación plaquetaria, ausencia de hemólisis y eliminación de células inmunes. Para diferentes formas de sistemas portadores de nanofármacos, podemos encontrar las características, elementos y estrategias de afrontamiento de las reacciones adversas en sangre que podemos encontrar en investigaciones previas. Estas reacciones adversas pueden incluir destrucción de células sanguíneas, sistema de coagulación anormal, efectos anormales de las proteínas plasmáticas, comportamiento anormal de las células sanguíneas, reacciones inmunes e inflamatorias adversas y estimulación vascular excesiva.

Dado el tamaño de los NP, la compatibilidad sanguínea puede ser menor debido a su mayor relación área de superficie/volumen. Las NP deben activar simultáneamente las plaquetas, la hemólisis, los factores de coagulación o las moléculas de señalización de los leucocitos, y no deben causar daño a las células endoteliales. Estos eventos están relacionados con la aparición de trombosis, reología sanguínea, hemólisis y eventos inflamatorios.

Además, el sistema respiratorio, la piel y el tracto gastrointestinal son formas comunes de que las NP ingresen al cuerpo durante la exposición diaria, mientras que la inyección intravenosa es la forma más común para la mayoría de las NP utilizadas en biomedicina. En todos los casos, los NP llegarán a la sangre e interactuarán con los componentes sanguíneos. Si se produce daño entre las células sanguíneas circulantes, los materiales que pueden liberar compuestos farmacológicos a demanda no son seguros ni eficaces. Los efectos nocivos de los sistemas sanguíneos incompatibles pueden incluir hematomas en el lugar de la inyección, reacciones inmunogénicas y embolia, que pueden provocar infarto y accidente cerebrovascular.

Los científicos han sabido durante casi una década que **las nanopartículas de lípidos como las que se usan actualmente en las nuevas “vacunas” de ARNm Covid se acumulan en los ovarios y son potencialmente tóxicas para la salud reproductiva**. Tanto las vacunas de ARNm de Moderna como las de Pfizer utilizan lípidos o lipoproteínas de nanopartículas especializadas como portadores de su ingrediente principal: la proteína de ARNm inestable que hace que las células produzcan la proteína de pico del coronavirus y provoque una respuesta inmune. Estas son las moléculas que requieren temperaturas extremadamente bajas para preservar la estabilidad del lípido que encierra el frágil ARNm.

Investigadores alemanes informaron en su artículo publicado hace nueve años, "Acumulación de nanoportadores en el ovario”: **Existe un "riesgo potencial de**

toxicidad de todos los sistemas de administración de fármacos a nanoescala" y una acumulación de diferentes moléculas portadoras microscópicas en ovarios de roedores. **Su investigación involucró la inyección de "nanoportadores" de lípidos, incluidos algunos con un ingrediente común a las "vacunas" Covid de ARNm de Pfizer y Moderna: polietilenglicol.**

En lugar de cargar los portadores con medicamentos o ARNm, los investigadores del Departamento de Tecnología Farmacéutica y Biofarmacéutica de Halle-Wittenberg de la Universidad Martin Luther y la Universidad de Regensburg cargaron los nanoportadores con un tinte fluorescente que pudieron rastrear. **Informaron de una "alta acumulación local de nanopartículas" en "ubicaciones específicas de los ovarios"** en todos los ratones y ratas tratados con cinco sistemas de administración de fármacos nanoportadores diferentes de diferentes tamaños. La intensidad de la fluorescencia fue detectable en los ovarios solo dos horas después de la inyección y aumentó dentro de los ovarios después de 24 horas y permaneció constante en un nivel alto durante varios días. Se detectó una señal de fluorescencia brillante incluso 25 días después de la inyección, informaron.

Los investigadores alemanes advirtieron que esta acumulación en los ovarios podría alertar sobre un "importante problema de toxicidad en humanos". Quizás, "bien podría abrir un nuevo campo de terapias ováricas dirigidas", informaron y concluyeron que se necesitaban más estudios para descubrir el impacto desconocido del fenómeno.

Estos hallazgos se confirman con un "estudio de biodistribución" de Pfizer de su sistema portador de nanopartículas lipídicas en animales de laboratorio que mostró que **las moléculas nanoportadoras de la "vacuna" abandonan el sitio del músculo de inyección, ingresan a la circulación sanguínea y luego se acumulan en órganos y tejidos, incluidos el bazo y la médula ósea, el hígado, las glándulas suprarrenales y especialmente los ovarios.**

El estudio de biodistribución examinó solo las proteínas portadoras de nanopartículas y no incluyó el ARNm del ingrediente de la "vacuna", que presumiblemente se administraría dentro del portador en el experimento del mundo real y desencadenaría la producción de proteína de pico en la célula en la que aterriza. **Los riesgos de los ingredientes de las "vacunas" Covid para la fertilidad están demasiado bien documentados como para haber sido simplemente ignorados. Existe un grave riesgo para la capacidad para concebir y llevar un bebé a término.**

La doctora Elizabeth Lee Vliet, médico independiente especializada en el impacto de las hormonas reproductivas en la salud general y cofundadora de la Truth for Health Foundation: "De hecho, los estudios han demostrado que es probable que las NP [nanopartículas] tengan efectos tóxicos en muchos órganos, como el cerebro, el hígado y los pulmones, que son los órganos diana más estudiados". "Solo recientemente, se ha prestado atención a la toxicidad reproductiva de los

nanomateriales". La doctora, hace referencia a dos artículos importantes, uno de 2015 y otro de 2018:

La acumulación de nanopartículas daña los órganos (testículo, epidídimo, ovario y útero) al destruir células específicas, lo que provoca una disfunción de los órganos reproductivos que afecta negativamente a los espermatozoides y los óvulos y puede interrumpir el ciclo ovárico. Además, los NP pueden alterar los niveles de hormonas secretadas, provocando cambios en el comportamiento sexual, según los investigadores.

"No es solo el comportamiento sexual", dijo Vliet, quien ha practicado la medicina climatérica enfocándose en la salud reproductiva y el impacto de las hormonas en la salud general durante 35 años. "Es la salud y la función óptima de todos los órganos de nuestro cuerpo".

En el estudio de 2015 al que se hace referencia, los investigadores inyectaron un polímero de PEG en cachorros de rata y concluyeron que "la exposición neonatal a PEG-b-PLA podría afectar el desarrollo y la función del eje hipotalámico-pituitario-ovárico (HPO) y, por lo tanto, alterar las funciones del aparato reproductor sistema en ratas hembras adultas". En otras palabras, **los recién nacidos expuestos a estas nanopartículas no desarrollaron sistemas reproductivos normales.**

En el de 2018, investigadores de los fabricantes de "vacunas" Covid Moderna y AstraZeneca UK y otras tres compañías farmacéuticas, analizaron la seguridad del ARNm modificado formulado en nanopartículas lipídicas (LNP) después de infusiones intravenosas repetidas a ratas y monos. **Describieron "hallazgos primarios relacionados con la seguridad" que fueron "principalmente impulsados por LNP". Estos incluyeron un aumento de la hematopoyesis (producción de componentes sanguíneos) en el hígado, el bazo y la médula ósea (ratas) y "hemorragia mínima en el corazón (monos)**". **Otros hallazgos relacionados con la seguridad en la rata incluyeron "cambios en los parámetros de coagulación en todas las dosis, así como daño hepático", y en el mono, se observaron "necrosis esplénica" y "disminución de linfocitos"**.

No hay evidencia de que los fabricantes de "vacunas" hayan analizado los efectos de la LPN (o ARNm) en los órganos reproductivos o la función reproductiva. Los investigadores concluyeron: "El trabajo futuro se orientará a evaluar las diferentes vías de administración, los efectos de la dosificación crónica y el riesgo para los animales jóvenes, ya que los jóvenes pueden ser particularmente importantes en el contexto de una enfermedad rara"

Dos años no es mucho tiempo para responder a todas las preguntas planteadas en el estudio sobre los efectos potenciales a largo plazo del ARNm modificado o LPN en animales jóvenes, y mucho menos en humanos. Sin embargo, los CDC actualmente promueven la "vacuna" experimental de Pfizer para todos los niños mayores de 12 años y para las madres embarazadas y lactantes.

Polisorbato 80

Los polisorbatos son ésteres complejos de especies estructuralmente diversas y (en algunos casos) químicamente reactivas. PS-20 y PS-80 (Tween 20 y Tween 80) son mezclas de ésteres de ácidos grasos estructuralmente relacionados de polioxietilensorbitán y ácido láurico o ácido oleico, respectivamente. En PS-20, la fracción de monolaurato comprende del 40 al 60% de las cadenas de alquilo, con grupos alquilo de diferentes longitudes de cadena que constituyen el resto de las moléculas. En PS-80, aproximadamente el 60% de las cadenas de alquilo se derivan del ácido oleico, y el resto de los ésteres se derivan de otros ácidos grasos. Todos los polisorbatos disponibles comercialmente también contienen cantidades medibles de ésteres de ácidos grasos de polioxietileno, polioxietileno de sorbitán y polioxietileno de isosorbida. Por auto-oxidación intrínseca producen hidro y alquil-peróxidos reactivos, así como aldehídos reactivos, tales como formaldehído y acetaldehído, que inducen la inmunogenicidad de las proteínas solubles. Debido a las diversas reacciones secundarias en la síntesis de polisorbato 80 y sus diferentes subproductos resultantes, el polisorbato 80, obviamente, es una mezcla que no contiene solo monoésteres, también polietilenglicol (PEG), diésteres, triésteres e incluso tetraésteres en diferentes grados de polimerizaciones de polioxietileno.

Es uno de los tensioactivos no iónicos más comunes que se utilizan actualmente en una gran variedad de formulaciones, incluidas inyecciones de medicamentos chinos tradicionales y biofarmacéuticos de proteínas. También ampliamente utilizado como agente solubilizante para mejorar la solubilidad de fármacos poco solubles en diferentes productos farmacéuticos tales como: cremas, ungüentos, lociones o tabletas. Además, investigadores encontraron que el polisorbato 80 es el responsable de romper la barrera sangre-cerebro. Se ha informado de que especialmente las inyecciones que lo contienen, desencadenan efectos adversos, incluyendo hemólisis y reacciones anafilactoides (60).

El uso cada vez mayor de anticuerpos monoclonales (MAb) en el tratamiento de enfermedades neoplásicas, autoinmunes e inflamatorias, ha provocado un **aumento espectacular de las reacciones de hipersensibilidad en todo el mundo**, lo que complica el uso de MAb como terapias de primera línea y limita la supervivencia y la calidad de vida del paciente. Los orígenes de la anafilaxia no se comprenden bien, aunque su mecanismo es bastante sencillo. Por lo general, **se atribuye a alguna propiedad intrínseca indefinida o propiedades de un bioterapéutico**, a pesar del hecho de que las formulaciones bioterapéuticas son necesariamente complejas e incluyen una gran cantidad de excipientes funcionales. Esos ayudan a que los productos farmacéuticos cumplan con los estrictos desafíos de la vida útil, la estabilización, la solubilidad, la reconstitución después de la liofilización y la propensión de las proteínas a agregarse, especialmente a las altas concentraciones que se usan típicamente para reducir el volumen y el tiempo de administración de MAb.

Aproximadamente el 70% de todas las formulaciones de MAb contienen PS-20 o PS-80. **Los tensioactivos de polisorbato (PS) son una de esas familias de excipientes incorporados en muchos productos**

bioterapéuticos para prevenir la agregación de proteínas y la pérdida de eficacia asociada. Aunque los polisorbatos son efectivos en esa función, contienen enlaces éter (dentro de restos polioxietileno) y cadenas de alquilo insaturadas que se autooxidan espontáneamente en soluciones acuosas para formar especies químicas inmunogénicas y anafilactogénicas, incluidos hidro- y alquil-peróxidos, epoxiácidos y aldehídos como formaldehído y acetaldehído. Los polisorbatos también se hidrolizan en soluciones acuosas para liberar ácidos grasos libres que pueden aumentar la turbidez de la solución. La anafilaxia, por otro lado, es una reacción alérgica que, aunque grave, generalmente se pasa por alto y se acepta como una propiedad inevitable de las propias proteínas bioterapéuticas. Se han hecho pocos o ningún intento por diferenciar y segregar su fuente real en los productos biológicos. Aunque la inmunogenicidad inducida por polisorbato no deseada está bien documentada, se ha prestado poca atención a la anafilaxia inducida por polisorbato. Es comprensible que las autoridades reguladoras se centren en gran medida en una eficacia comparable en la evaluación de biosimilares. Pero una eficacia similar no implica necesariamente un perfil de seguridad similar entre productos innovadores y biosimilares. Tanto la inmunogenicidad como la anafilaxia no deseadas, deben constituir componentes importantes de la evaluación de la seguridad de los bioterapéuticos.

La anafilaxia generalmente es de inicio rápido y se manifiesta en minutos u horas. En algunos casos, puede causar la muerte. El mecanismo subyacente es la liberación de mediadores de ciertos tipos de glóbulos blancos que pueden desencadenarse por mecanismos inmunológicos o no inmunológicos. Las causas más comunes incluyen picaduras de insectos, alergias alimentarias y medicamentos. En la última categoría, los excipientes de **polisorbato PS-80 y PS-20** de uso común se encuentran en más del 70% de MAb y otros bioterapéuticos proteicos, y ahora **se ha demostrado que causan anafilaxia en pacientes que reciben esos medicamentos**. Los síntomas de anafilaxia se inician como promedio a los 5-30 minutos, si la exposición es intravenosa, afectando la piel, el sistema respiratorio, el tracto gastrointestinal, el corazón y la vasculatura, y el sistema nervioso central. Los síntomas incluyen urticaria, picazón, enrojecimiento o hinchazón (angioedema), edema lingual, laríngeo y faríngeo, secreción nasal y edema conjuntival. Síntomas respiratorios posibles incluyen: falta de aliento, espasmo bronquial y la obstrucción de la vía aérea superior secundaria a la inflamación. El espasmo de la arteria coronaria puede asociarse con una caída de la presión arterial o con un shock, lo que a veces conduce a un infarto de miocardio posterior, arritmia o paro cardíaco.

Cada vez más, **las propiedades anafilactogénicas del PS-80 están bien documentadas en la literatura clínica**. La identificación de la causa mecánica precisa de la anafilaxia inducida por polisorbato es complicada por la compleja naturaleza química de los tensioactivos polisorbatos. **Los estudios preclínicos en animales han identificado una serie de especies moleculares específicas que inducen anafilaxia.**

Se sabe que los tensioactivos aumentan en general la permeabilidad de la piel. En una prueba de permeabilidad al agua epitelial, se observó que la inyección de polisorbato 80 en una solución salina normal en conejos, producía rápida y

regularmente un edema corneal, que se acompañaba de una citólisis (es el proceso por el cual la célula se rompe) endotelial corneal marcada y un aumento de la permeabilidad vascular del limbo. El polisorbato 80 también aumentó y disminuyó alternativamente la resistencia osmótica de los eritrocitos, dependiendo la naturaleza del efecto de la concentración de tensioactivo. Se presume que la respuesta al polisorbato 80 se debe a su influencia en la membrana plasmática de eritrocitos (61).

Estrechamente relacionados con el mantenimiento de los equilibrios osmóticos están la difusión transmembrana y el transporte activo de electrolitos. La función normal de todos los tipos de células depende de las características adecuadas de permeabilidad iónica del plasma membrana. Los cambios en la capacidad de controlar el intercambio de iones se ven habitualmente en células tales como neuronas, células secretoras y otras cuyo función primaria depende directamente de una diferencia de potencial eléctrico a través del membrana (62).

El efecto electrofisiológico de los polisorbatos en varios tejidos naturales también se ha estudiado. La Adición de polisorbato 80 a sangre de rata diluida, en concentraciones sin efecto hemolítico, produjo un aumento en el potencial eléctrico transmembrana del eritrocito. En el yeyuno aislado de rata, el polisorbato 80 aumentó las diferencias de potencial transmural en un 20 a 34 % y corrientes de corto circuito en 66 a 112 %, también disminuyó la resistencia del tejido neto del 19 hasta 30 % (63).

Los polisorbatos también influyen en el transporte de moléculas más grandes a través de membranas y, por lo tanto, puede afectar la actividad y toxicidad del fármaco. El polisorbato 80 disminuyó en ratones, la toxicidad oral aguda de tetraciclina, norsulfazol, teofilina, tubazida, procainamida, amidopirina y pentobarbital. En otro estudio, aumentó la concentración solubilizada de butilparabeno, pero disminuyó in vitro la penetración percutánea del conservante a través de la piel de cerdo de Guinea. En dos estudios sobre el mecanismo del efecto inhibidor de polisorbato 80 sobre la absorción intramuscular de fármacos, se encontró que la inhibición de la absorción no puede atribuirse a un efecto directo o indirecto sobre la pared del capilar. Se concluyó que el efecto se debió principalmente a su influencia sobre el espacio extracelular y en la permeabilidad del tejido conectivo.

Los polisorbatos producen varios efectos aparentemente dispares en sistemas neuromusculares. El polisorbato 80 estimula la motilidad colónica en conejos anestesiados, en cambio, reduce la contracción in vitro de las células del músculo liso del intestino delgado cuando se evalúa esta función midiendo la actividad contráctil del íleon de cobaya estimulado eléctricamente. El polisorbato 80 muestra un efecto vasodilatador coronario y aumentó la frecuencia cardíaca en corazones de conejillo de indias y de conejos cuando está presente a 2,4 mg/l en el fluido de perfusión. Si se incrementa gradualmente la concentración de polisorbato 80 de 0,7 a 4,0 mg/l, se observa un aumento relacionado con la dosis, en el gasto coronario. A dosis más altas, se observa una ligera disminución en la amplitud de la contracción y un aumento en la frecuencia cardíaca.

En otro estudio, se analizaron en perros los efectos cardiovasculares de dos concentraciones de polisorbato 80. Una solución de dextrano al 10% con 0.05% de polisorbato 80, inyectada en la aurícula izquierda, causó alteraciones cardíacas en los cuatro perros estudiados. Las reacciones consistieron en una reducción de las dimensiones cardíacas con o sin hipotensión y taquicardia. La administración de una concentración más baja de polisorbato 80 (0.01%) indujo reacciones en 6 de 14 perros.

En otro estudio con ratones, recibieron inyecciones intraperitoneales de 0.3 ml de una solución salina de polisorbato 80 al 25% antes de la inmunización con ovoalbúmina absorbida en Al (OH); se observó que no había respuesta primaria de IgE, lo que indica que el polisorbato 80 inhibió esta respuesta.

Ya en 1985, Masini et al, demostraron liberación de histamina inducida por polisorbato en tejidos periféricos y mastocitos aislados, así como respuestas hemodinámicas (64). En 1997, Bergh et al, informaron que la exposición al aire a soluciones acuosas de PS-80 producía formaldehído y acetaldehído en cantidades que podrían provocar reacciones alérgicas en algunas personas (65). Los últimos autores advirtieron proféticamente a los desarrolladores de fármacos que tuvieran en cuenta la posibilidad de que se formen compuestos alergénicos durante la fabricación, el almacenamiento y la manipulación de productos que contienen polisorbato y tensioactivos químicamente similares.

Coors y col, llevó a cabo un examen exhaustivo de PS-80 como inductor de reacciones anafilactoides graves (66). Su amplio complemento de metodologías de detección sensibles y bien aceptadas incluyó pruebas de punción cutánea, ensayos de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), inmunotransferencia de inmunoglobulina E (IgE) y detección por citometría de flujo de la activación de basófilos en pacientes de control y otros con antecedentes médicos de Choque anafiláctico debido a la administración intravenosa de un producto multivitamínico durante el embarazo (un sustituto de los medicamentos administrados por vía intravenosa). Ni los ELISA ni las inmunotransferencias identificaron ningún anticuerpo IgE específico de polisorbato, lo que confirma la naturaleza no inmunológica de la reacción anafilactoide. **Este estudio demostró que el PS-80 puede causar reacciones anafilactoides no inmunológicas graves**.

Sun y col, evaluaron el efecto de sensibilización de PS-80 de diferentes lotes de fabricación en perros, observando diferentes grados de reacción anafilactoide (67). De manera similar, al evaluar 10 lotes de soluciones de PS-80 de diferentes proveedores, Yang et al, encontraron que **las impurezas de PS-80 formadas espontáneamente, como los peróxidos y los residuos de ácidos grasos oxidados** (presentes en niveles variables en cada lote analizado) **inducían reacciones anafilactoides** en un modelo de pez cebra in vivo (68).

Qiu y col, demostraron que **el polisorbato 80 induce reacciones anafilácticas no inmunes típicas** (pseudoalergia) en perros, caracterizadas por la liberación de histamina y anticuerpos IgE invariables (69). PS-80 indujo la liberación de histamina con un aumento del doble de SC5b-9, un aumento de 2,5 veces de C4d y un aumento de 1,3 veces de Bb, mientras que la IgE permaneció sin cambios.

PS-80 causó malestar cardiopulmonar en perros y activó sus sistemas de complemento a través de vías clásicas y alternativas, como se indica para preparaciones tanto in vivo como in vitro.

Badiu y col, informaron **múltiples casos de anafilaxia inducida por PS-80 que surgen de la administración de varias vacunas** (70). Una niña de 17 años experimentó urticaria generalizada, angioedema palpebral, rinoconjuntivitis, disnea y sibilancias una hora después de su tercera administración intramuscular de la vacuna contra el virus del papiloma humano tetravalente Gardasil (Merck), que contiene PS-80. Las pruebas intradérmicas fueron positivas con ese producto, mientras que las pruebas cutáneas con la vacuna bivalente (que no contiene PS-80) fueron negativas. Las pruebas de punción de PS-80 fueron positivas en el paciente y negativas en 10 controles sanos. El resultado de la prueba de activación de basófilos CD203 fue negativo para PS-80 en todas las diluciones probadas y no se encontró IgE específica. Los autores también hicieron pruebas cutáneas de dos vacunas contra la influenza: una que contenía PS-80 (Fluarix de GlaxoSmithKline), que resultó en una reacción positiva, y otra vacuna contra la influenza sin adyuvantes ni conservantes (Vaxigrip de Sanofi Pasteur MSD),

Limaye y col, informaron de un caso de reacción alérgica a la eritropoyetina en el que un paciente desarrolló prurito generalizado, eritema y angioedema orofacial (71). La formulación de eritropoyetina de Eprex (Johnson & Johnson) contenía eritropoyetina humana recombinante y PS-80 como excipiente (0,15 mg/ml). Las pruebas intradérmicas secuenciales y de punción cutánea con concentraciones crecientes de eso y Neupogen filgrastim de Amgen (que contiene polisorbato a 0,04 mg / ml) dieron reacciones positivas, mientras que una preparación de eritropoyetina sin polisorbato arrojó resultados negativos. Las pruebas intradérmicas con polisorbato de grado farmacéutico dieron como resultado una reacción local positiva seguida de angioedema orofacial leve una hora más tarde. No se observó reacción en un sujeto de control (72). Purcell y col, también identificó al polisorbato 80 como la causa probable de una respuesta inmune a la eritropoyetina cuando la albúmina humana fue reemplazada por polisorbato 80 y glicina (44).

Se ha informado de hipersensibilidad a fármacos y anafilaxia para el factor VIII, darbopoyetina, eritropoyetina y varios MAb, todos los cuales contienen un tensioactivo polisorbato (73) (74) (75) (76). **Se han descrito lesiones urticariformes en pacientes en tratamiento con infliximab, adalimumab, etanercept y ustekinumab, cuatro fármacos MAb que contienen polisorbato 80** (77) (78). **Además, se han informado respuestas anafilácticas inducidas por polisorbato en clases de fármacos no biológicos que contienen polisorbato** (79) (80) (81).

Hay numerosos informes disponibles sobre la promoción de tumores y la cocarcinogénesis por parte de los polisorbatos. Se ha demostrado la promoción de tumores y la cocarcinogénesis con una serie de agentes cancerígenos conocidos. Se ha comprobado que si se administran conjuntamente con un polisorbato, la producción de tumores, es aún mayor. El realce del tumor por los polisorbatos se ha relacionado con la

hiperplasia epidérmica. Un segundo mecanismo posible es la inhibición de la reparación del ADN. Un tercer mecanismo posible, es el de un efecto sobre las membranas biológicas (82).

En un estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (5%, 10% y 20%) en ratas macho y hembra, se observó un ligero aumento en el desarrollo de fibroadenomas (son bultos sólidos y no cancerosos en las mamas) ya que se observaron tumores esporádicos en las glándulas mamarias de las ratas hembras, incluyendo los del grupo de control, pero no se demostró carcinogenicidad. En otro estudio de 2 años de carcinogenicidad en administración dietética de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratas F344 / N machos o hembras, la mitad de ellas sobrevivieron, y la incidencia de los feocromocitomas (tumor raro que suele comenzar en las células de una de las glándulas suprarrenales) suprarrenales aumentaron en el grupo de machos alimentados con 50 000 ppm. No hay diferencias en las tasas de tumorigénesis (es un proceso mediante el cual las células normales se transforman en células cancerosas) en otros órganos entre el grupo experimental y el grupo control. En otro estudio de carcinogenicidad de administración dietética de 2 años de polisorbato 80 (25 000 ppm y 50 000 ppm) en 50 ratones B6C3F1 machos o hembras, aproximadamente el 50-60% de la los animales sobrevivieron, y las lesiones hiperplásicas de la mucosa gástrica anterior aumentaron significativamente en ratones machos y hembras en el grupo de 50 000 ppm. No se detectó tumorigénesis en un experimento en que se administró una dieta experimental suplementada con polisorbato 80 a ratones G57BL durante 10 semanas (100 mg / ratón / día), seguido de dieta basal durante las siguientes 8 semanas y luego dieta comercial hasta las 51 semanas). En un estudio de pintura de la piel de 80 mg de solución de polisorbato 80 en 50 ratones (6 veces por semana durante 52 semanas), un tumor cutáneo benigno se desarrolló en un ratón y en un estudio de inyección subcutánea de 2 ml de 6% solución de polisorbato 80 en 20 ratas (3 veces por semana durante 40 semanas), los se formaron fibrosarcomas en los sitios de inyección en 11 ratones. En otro estudio de inyección intratraqueal de 0.2 ml de polisorbato 80 al 5% en 50 hámsteres sirios (una vez a la semana de por vida) no se pudo demostrar ninguna tumorigénesis (83).

En un estudio de toxicidad a dosis repetidas, se observó diarrea como síntoma principal. Es habitual que la diarrea tras la administración de una gran cantidad de una sustancia, se consideró que se debía a la causa física y, por lo tanto, no se consideró que fuera un efecto tóxico. Sin embargo, sí se produjo una irritación local de la mucosa gastrointestinal por polisorbatos, se sospecha que afectan la digestión, junto con factores físicos resultantes de un poliol pobremente absorbido; y la diarrea, por lo tanto, se evaluó como efecto tóxico desde el punto de vista de seguridad (84).

Se informó de resultados positivos para los polisorbatos 65 y 80 en algunas pruebas in vitro estudiando la aberración cromosómica, pero la genotoxicidad no se consideró como un problema debido a la baja frecuencia de aberraciones y los resultados negativos obtenidos en un ensayo de micronúcleos de médula ósea in vivo (85).

FENÓMENOS EXTRAÑOS

No debemos obviar que han sucedido cosas "extrañas" que provocan serias dudas sobre todo lo que rodea a la "pandemia", por ejemplo: lo sucedido con Moderna y el NIAID, que desde diciembre 2019 ya tenían una "vacuna" candidata contra Covid (1); o que en 2017, ya existieran test para Covid-19 (2); o que un documento interno de la FDA del 22 de octubre de 2020, ya recogiera algunos de los eventos adversos graves que estamos viendo y que aún conociéndolos, en diciembre se autorizara el uso de emergencia (3); o que un representante de Moderna reconozca que todos los "vacunados" forman parte de un experimento, ante una persona que sufrió el síndrome de Guillain-Barré después de que se le administrara la "vacuna" (4) (5); o que Moderna y Pfizer, perdieran "accidentalmente" los grupos de control de prueba de las "vacuna" (6); o que haya 73 patentes emitidas entre 2008 y 2019, que tienen los elementos supuestamente novedosos del SARS CoV-2, específicamente en lo que se refiere al sitio de clivaje polibásico, el dominio de unión al receptor de ACE2 y la proteína espiga (7); o que Pfizer patentara la primera "vacuna" Covid, en el año 2000 (8); o que ya en el 2009, la Dra. Rima Laibow (9) (10), nos advirtiera de cosas que hoy estamos viendo con las "vacunas".

En una entrevista del Dr. Joseph Mercola con el Dr. David Martín, se reveló que ***en total, desde 2002, se han registrado unas 4000 patentes sobre el genoma, las "vacunas" y la detección del coronavirus***. Según Martin, esto es alarmante, "porque **no se registran patentes sobre algo que no se pretende comercializar**". **También se pueden encontrar pruebas de la comercialización prevista si se examinan las fechas de determinadas patentes de determinadas empresas**.

El 28 de abril de 2003, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos presentaron una patente sobre el genoma del coronavirus del SARS. Cinco días después, Sequoia Pharmaceuticals recibió una subvención de 935 000 dólares y presentó la patente estadounidense 7151163 para un tratamiento para ese mismo virus.

"Eso suena como un trabajo interno", dice Martin. "Porque no se puede identificar un patógeno y curarlo en cinco días, cuando toda la información estaba en manos del público, porque cuando el CDC presentó su patente sobre el genoma del coronavirus, pagó para mantener esa patente en secreto.

"Entonces, alguien en algún lugar sabe que esto resultaría ser una fuente de ingresos. La proliferación de controles patentados alrededor del coronavirus del SARS probablemente excede al menos en dos o tres veces a la mayoría de los demás patógenos".

"Dana Farber tenía un sistema de patentes de anticuerpos monoclonales que surgió de tres subvenciones de los NIH. Su patente 7750123 sobre el anticuerpo monoclonal para el tratamiento del SARS-Cov se llevó a cabo en 2003".

Entonces, aunque nos han dicho que el SARS-CoV-2 es algo que nunca antes habíamos visto, hay 4000 patentes y solicitudes de patentes que dicen lo contrario. Lo mismo puede decirse de las pruebas y las inyecciones antiCovid. Por ejemplo, Pfizer presentó la primera patente de "vacuna" de proteína de pico S1 sobre el coronavirus en 1990, hace 30 años.

"Independientemente de la parte de la historia que miremos, el registro de patentes está lleno de miles de patentes en las que los intereses comerciales financiados por el NIAID y los Institutos Nacionales de Salud han estado construyendo la camarilla económica en torno al coronavirus. Esto no es cosa nueva. No ha sido nada nuevo.

"Y, lamentablemente, continuamente nos dicen que de una forma u otra hay algo novedoso en esta experiencia, a pesar de que cada parte de lo que nos dicen se detecta con PCR, en las inyecciones, cada una de esas cosas ha sido conocida y aislada desde hace más de 30 años".

De forma curiosa, **en octubre de 2019**, pocos meses antes de que se anunciara la pandemia, la Fundación Bill y Melinda Gates coorganizó el **Evento 201**, en colaboración con el Foro Económico Mundial y la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins, la cual es financiada por el tecnócrata multimillonario Michael Bloomberg. **Este ejercicio de simulación involucró la respuesta global ante una pandemia ficticia de coronavirus**.

Durante la simulación, se realizó la predicción de que 65 millones de personas morirían, por lo cual también **se implementaron confinamientos y cuarentenas en todo el mundo, además se suprimieron puntos de vista alternativos a través de la censura, con el pretexto de erradicar la "desinformación"**. **Incluso discutieron la posibilidad de encarcelar a las personas que cuestionaran la narrativa de la pandemia**. La necesidad de la censura radical fue quizás uno de los presagios más llamativos de ese ejercicio.

La mayoría de las medidas de contención que se emplearon durante esta pandemia nunca antes se habían utilizado. Entre ellas se encuentran el cierre de negocios y obligar a las personas a aislarse en casa durante semanas y meses, ¡en todo el mundo! Es algo increíble y pocas personas lo hubieran creído posible.

Evidentemente, todo esto no hubiera sido posible si no se hubiera preparado a las personas adecuadas por tanto tiempo y si no se hubieran infiltrado en las organizaciones y agencias gubernamentales.

Además, **nunca antes habíamos puesto en cuarentena a las personas sanas**. Por lo general, se aísla a las personas enfermas y a las que pueden contagiar. Ésta es una práctica estándar. Pero nunca se aísla a las personas que no están enfermas. Esta **es una idea completamente nueva que nunca se había probado y que, de hecho, no tiene ninguna base científica**.

Pudieron hacer todo esto porque la Organización Mundial de la Salud es el gobernante de facto cuando se trata de pandemias globales. Lo que dice la Organización es lo que las naciones miembros deben seguir. ¿Y quién es el principal financiador de la OMS? No es cualquier nación, sino Bill Gates. Por cierto, Gates ha estado involucrado con la OMS durante más de una década, por lo que esto no es algo que él o cualquier otra persona haya soñado durante un evento de fin de semana.

Un componente clave de este plan es la transferencia de riqueza y activos globales a las manos de las personas más ricas. De acuerdo con un informe de impacto económico realizado por Yelp, publicado en septiembre de 2020, **1 163 735 empresas en Estados Unidos cerraron sus puertas el 31 de agosto de 2020**. **El 60 % de estas empresas (un total de 97 966 empresas) fueron cierres permanentes**.

Mientras tanto, entre el 18 de marzo de 2020 y el 12 de abril de 2021, la riqueza colectiva de las personas multimillonarias en Estados Unidos aumentó en 1.62 billones de dólares (55 %), pasando de 2.95 a 4.56 billones de dólares. ¡Un tercio de las ganancias totales de las personas multimillonarias desde 1990 se produjo en los últimos 13 meses!

Como señaló Frank Clemente, director ejecutivo de la organización Americans for Tax Fairness, "Estados Unidos nunca había visto tal acumulación de riqueza en tan pocas manos". **Los principales benefactores de las medidas pandémicas incluyen a las industrias financieras, tecnológicas, sectores farmacéuticos y de inteligencia militar**.

La definición de 'producto biológico' del gobierno de Estados Unidos hasta diciembre de 2019 podría haber prohibido que los productos de ARNm contra el Covid-19 se etiquetaran como "vacunas". ***Sin un cambio silencioso en la ley federal justo antes de la aparición del Covid-19, es posible que las inyecciones experimentales de ARNm de Covid nunca hubieran sido etiquetadas como "vacunas"***. Dicho de otra manera, la definición de "producto biológico" del gobierno federal de Estados Unidos que se utilizó hasta unas semanas antes del brote informado de Covid-19 puede haber prohibido que los productos de ARNm de Covid-19 se etiqueten como "vacunas".

Probablemente sería mucho más difícil para los gobiernos y/o empleadores ordenar la recepción de sustancias de ARNm etiquetadas como medicamentos u otros productos que no son "vacunas". Los médicos, enfermeras y otros que hacen que se sientan culpables para que reciban y apoyen las sustancias de ARNm contra la Covid-19, con la posible acusación falsa de "anti-vacunas", también quedarían fuera de discusión si las sustancias no estuvieran etiquetadas como "vacunas".

Cabe señalar que para obtener la aprobación en los Estados Unidos, los fabricantes de vacunas deben presentar una "Solicitud de licencia biológica" al gobierno federal de los Estados Unidos. La ley federal incluye las "vacunas" en la categoría de "productos biológicos".

Antes del cambio de 2019 a la ley federal de Estados Unidos, la definición legal de producto biológico era la siguiente:

“El término "producto biológico" significa un virus, suero terapéutico, toxina, antitoxina, vacuna, sangre, componente o derivado sanguíneo, producto alergénico, **proteína (excepto cualquier polipéptido sintetizado químicamente)** o producto análogo, o arsfenamina o derivado de arsfenamina (o cualquier otro compuesto de arsénico orgánico trivalente), aplicable a la prevención, tratamiento o cura de una enfermedad o afección de los seres humanos”.

El cambio de diciembre de 2019 a la definición de "producto biológico" se encuentra en la Ley de Apropiaciones Más Consolidadas de 2020, y es el siguiente:

"La Sección 351 (i) (1) de la Ley de Servicios de Salud Pública (42 USC 262 (i) (1)) se modifica tachando "(excepto cualquier polipéptido sintetizado químicamente)".

Por lo tanto, antes del cambio de 2019 que se realizó poco antes del brote informado de Covid-19, **"cualquier polipéptido sintetizado químicamente" no estaría regulado por la FDA como un "producto biológico"**. Esto podría interpretarse en el sentido de que si una supuesta "vacuna" fuera un "polipéptido sintetizado químicamente", aparentemente no estaría regulado como un producto biológico.

Pero los productos químicos etiquetados como "vacunas" requieren solicitudes de licencia de productos biológicos; por tanto, parece que según la definición anterior de "producto biológico", cualquier entidad química que sea un polipéptido sintetizado químicamente no podría etiquetarse como “vacuna”.

La importancia de este cambio es que las “vacunas” de ARNm Covid-19 sintetizan químicamente la proteína “Spike” (también conocida como “S”) del SARS-CoV-2. **En el momento de redactar este documento, ambas “vacunas” de ARNm Covid-19 que recibieron "autorización de uso de emergencia" de la FDA están "modificadas con nucleósidos", lo que significa que están "modificadas químicamente" y programadas para sintetizar la proteína Spike del SARS-CoV-2**.

Por lo tanto, **la redacción de la definición anterior de "producto biológico" parece sugerir que las "vacunas" de ARNm contra la Covid-19 no podrían** etiquetarse **legalmente como “vacunas”**. Ese sería un problema importante para los funcionarios de salud pública y los fabricantes de "vacunas".

Debe tenerse en cuenta que las “vacunas” de ARNm utilizadas contra la Covid-19 son los primeros productos que utilizan la técnica del ARNm “sintético” o “sintetizado químicamente” en obtener la autorización de uso de emergencia de la FDA.

Después de inyectarse en humanos, las "vacunas" de ARNm Covid-19 sintetizadas químicamente sintetizan, o "producen", una proteína que es similar a la proteína de "pico" o "Spike" del SARS-CoV-2. Las proteínas "contienen uno o más polipéptidos". Por lo tanto, **la síntesis de la proteína "S" también se describe como "síntesis de polipéptidos"**.

Es importante saber que un componente químico de las "vacunas" de ARNm contra la Covid-19 es la N1-metilpseudouridina. La sustancia química N1-metilpseudouridina "mejora la producción de proteínas". **La "producción de proteínas" también puede indicarse como "síntesis de proteínas" o "síntesis de polipéptidos".** Otra forma de afirmar esto es que la N1-metilpseudouridina es una sustancia química que participa en la síntesis de polipéptidos de la proteína "S" necesaria para las "vacunas" de ARNm utilizadas contra el Covid-19.

Esto significa***, entonces, que la proteína "Spike" necesaria para las "vacunas" de ARNm de Covid-19 podría describirse con precisión como un "polipéptido sintetizado químicamente***".

Ahora, consulte la definición de "producto biológico" antes del cambio de diciembre de 2019 a la ley federal de Estados Unidos. La ley excluía anteriormente "cualquier polipéptido sintetizado químicamente" de la definición de "producto biológico". Entonces, esa definición aparentemente excluiría que las "vacunas" de ARNm de Covid-19 se etiqueten como un "producto biológico".

Pero dado que las "vacunas" requieren una Solicitud de Licencia Biológica, entonces parecería que con la definición anterior de "producto biológico", las "vacunas" de ARNm de Covid-19 no podían etiquetarse como "vacunas".

El momento del cambio, antes de la llegada de la Covid en diciembre de 2019, junto con el aparente estado apresurado, enterrando el cambio en la página 595 de una ley de financiamiento federal de Estados Unidos, sugiere la posibilidad de que el Covid-19 pueda ser un ejercicio pandémico falsificado, que los políticos y funcionarios de salud pública del gobierno federal de Estados Unidos estaban preparando al intentar protegerse legalmente con varios cambios significativos en las leyes, estrategias y planes que gobiernan y regulan las "amenazas emergentes" de salud pública, pandemias, vacunas o temas relacionados.

También vale la pena repetir que **el gobierno federal de Estados Unidos** posee parcialmente **una "vacuna" de ARNm contra la Covid-19, y poco antes de su imposición a los estadounidenses, el gobierno federal de los Estados Unidos aparentemente se aseguró de que las "vacunas" de ARNm de Covid-19 fueran legales**.

La "vacuna" de ARNm Pfizer-BioNtech Covid-19 fue lanzada el 9 de noviembre de 2020:

Pfizer anunció que su candidata a “vacuna” basada en ARNm, BNT162b2, contra el SARS-CoV-2, ha demostrado evidencia de eficacia contra Covid-19 en participantes, basándose en el primer análisis de eficacia provisional realizado el 8 de noviembre de 2020 por un Comité de Monitoreo de Datos externo e independiente (DMC) del estudio clínico de fase 3. El recuento de casos evaluables llegó a 94 y el DMC realizó su primer análisis en todos los casos. La división de casos entre las personas “vacunadas” y las que recibieron el placebo indica una tasa de eficacia de la “vacuna” superior al 90%.

Realizado el 8 de noviembre de 2020 (94 casos) y anunciado inmediatamente al día siguiente el 9 de noviembre de 2020. Y apenas una semana después, tras el anuncio de Pfizer, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decide apresuradamente el 13 de noviembre de 2020 modificar su definición de “Inmunidad colectiva”.

La inmunidad colectiva es un concepto importante en medicina que ocurre “cuando una gran parte de una comunidad (“el rebaño”) se vuelve inmune a una enfermedad [p. Ej., SARS-2], lo que hace poco probable la propagación de la enfermedad de persona a persona. Como resultado, toda la comunidad queda protegida, no solo aquellos que son inmunes”.

Lo que sugiere esta definición es que el distanciamiento social y la mascarilla podrían socavar el desarrollo de la inmunidad colectiva. “Sucede cuando tantas personas en una comunidad se vuelven inmunes a una enfermedad infecciosa que detiene la propagación de la enfermedad”.

El 13 de noviembre de 2020, presionada por las grandes farmacéuticas, la OMS redefinió la inmunidad colectiva con miras a respaldar la “vacuna” de ARNm. Y el 13 de noviembre de 2020 coincidiendo con el lanzamiento de la “vacuna” Covid-19, la OMS decidió unilateralmente redefinir un concepto médico fundamental, centrándose únicamente en el papel de la “vacunación” para lograr la inmunidad colectiva.

La nueva "definición" de la OMS, “curiosamente”, parece servir visiblemente a los intereses de las grandes farmacéuticas involucradas en la comercialización de la “vacuna” Covid-19.

Otra versión de la definición de inmunidad colectiva de la OMS se publicó el 31 de diciembre de 2021 que postula:

"Para lograr de manera segura la inmunidad colectiva contra Covid-19, una proporción sustancial de la población necesitaría ‘vacunarse’, lo que reduciría la cantidad total de virus que puede propagarse en toda la población”.

El problema más gordo que ha sido ampliamente documentado, es que la “vacuna” no solo causa eventos adversos de distinta gravedad, sino que debilita el sistema inmunológico de quienes la han recibido.

ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LAS "VACUNAS"

Una vez que ya con el presente informe ha quedado demostrado, punto por punto, que el discurso oficial sobre la "pandemia" no tiene ninguna justificación científica que lo avale; ahora vamos a demostrar, que legalmente también es difícilmente justificable. Utilizaré un documento de respuesta que la Junta de Castilla y León dio a un escrito de un médico con más de 20 años de experiencia, en el que informaba sobre presuntas irregularidades observadas en un centro de "vacunación" (1), expuesto públicamente aquí. Para ello, utilizaré un documento redactado por la asociación Liberum (2), en el que se exponen una serie de puntos, que perfectamente sirven para el objetivo que nos ocupa. Únicamente expondré las conclusiones a las que llegan (para ver los pormenores legales, visionar el documento pinchando en el enlace):

- "La información clínica al paciente es un derecho de este último y una obligación a cargo de los profesionales sanitarios que le atienden, tal y como se recoge en las leyes sanitarias, más si se trata de la administración de un fármaco experimental (con autorización comercial condicionada) donde la información ha de ser mucho más exhaustiva que en el resto de actuaciones clínicas, y ha de formalizarse el consentimiento informado siempre por escrito".

- "Ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, o que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente (hipótesis que podría plantearse en algunos tratamientos farmacológicos con riesgos importantes asociados), además de la información clínica verbal, es inexcusable recabar el consentimiento informado por escrito".

- "La normativa sanitaria española y las resoluciones judiciales de nuestros Tribunales, atribuyen al médico, por encima de cualquier otro profesional, la responsabilidad principal en materia de información clínica a los pacientes y, expresamente, respecto de la información relativa a los tratamientos farmacológicos y su correspondiente seguimiento".

- "Los fármacos de origen biológico, y más concretamente de origen biológico humano, entre otros, son considerados en el vigente Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio «medicamentos de terapia avanzada», que han de estar sujetos a garantías sanitarias reforzadas en materia de seguridad y trazabilidad".

- "En algunos países de nuestro entorno (Francia, Reino Unido, Suiza, Australia) existe una preocupación especial por advertir a los pacientes de los teóricos riesgos de los productos de origen humano, hasta el punto de exigirse en determinados casos incluir dicha información en las fichas técnicas y prospectos de los medicamentos de esa naturaleza. De lo anterior se deriva que el médico prescriptor no debe ser ajeno a las

circunstancias de este tipo de fármacos a la hora de valorar la actuación terapéutica más conveniente".

"Pues bien, es evidente que nada de lo anteriormente expuesto se está cumpliendo en la actualidad en relación a los fármacos de terapia génica para la Covid-19, puesto que ni los médicos están expidiendo la correspondiente receta (1), ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002". Dr. Francis Christian: Se está violando el principio del consentimiento informado ante las vacunas (3).

El Dr. Reiner Fuellmich, (abogado litigante conocido por haber demandado con éxito a grandes empresas como Volkswagen y Deutsche Bank), junto con un grupo de expertos de diferentes áreas, planea llevar ante la justicia a: gobiernos, autoridades sanitarias, laboratorios, médicos y a todos los involucrados en las medidas forzadas que se tomaron contra la pandemia (encierros, distanciamiento social, uso de máscaras, vacunación) y que causaron graves daños a millones de personas en todo el mundo (4).

Fuellmich explica que todos los gobiernos del mundo basaron sus decisiones de encerrar a la gente, de obligarlas a usar las mascarillas y finalmente de vacunarlos; en los test PCR, que se han usado y usan, con una amplificación de entre 40 y 45, aún cuando el estándar aceptable es 24, dando lugar a un 97% de falsos positivos. Es decir, cuando se amplifica tantas veces el material, el test siempre da positivo porque detecta cualquier material como virus (5) (6). Según él, no existe la inmunidad cuando los fabricantes de las vacunas hacen daño a las personas conscientemente, es decir; aun sabiendo que estas vacunas experimentales (que él llama "terapia genética") no son seguras, se las han administrado a la gente (7) (8).

Por todo lo publicado en los medios de "comunicación", se podría pensar que a las compañías de las "vacunas" se les otorgó inmunidad como condición para lanzar su "vacuna" experimental. No obstante, la Corte Suprema de los Estados Unidos ha sostenido en el pasado que "el fraude vicia todo" (9) y si estas compañías de sueros experimentales le dijeron al gobierno que su preparado era "seguro" cuando su propia lista de ingredientes dice lo contrario; entonces puede ser que esas empresas hayan cometido fraude y, el fraude vicia todo. Por lo tanto, tal vez un tribunal dictamine que esas compañías de "vacunas" NO tienen inmunidad, por mucho que algunos intenten taparlo.

Por supuesto, probar legalmente el fraude es algo difícil de hacer. Pero tal vez esto ayude: las empresas farmacéuticas están obligadas a poner un inserto en sus productos que enumere los ingredientes y todos los efectos secundarios conocidos, lo cual, para estas "vacunas", no se cumple ya que están en blanco.

Derechos

Algo que conviene tener muy presente, es que algunas actuaciones (10) (11) (12) (13); son de extrema gravedad para la naturaleza del ser humano y tremendamente graves desde un punto de vista legal (algunos incluso, llegan a cruzar otras líneas legales, muy peligrosas, que pueden tener nefastas consecuencias para la convivencia (14) (15 16). En nuestro país, existe una jerarquía normativa, en cuyo punto más alto, está la Constitución e inmediatamente debajo, los tratados internacionales (cuyo obligado cumplimiento, queda recogido en la propia Constitución) que a su vez, están justo por encima de cualquier ley orgánica (17).

La Constitución Española en su art. 9.3 establece que la Constitución garantiza el principio de jerarquía normativa. En el art. 1 del Código Civil también se acoge la jerarquía normativa, sobre todo en sus referencias a la prioridad de las fuentes del Derecho que deben aplicarse: así la ley tiene preferencia sobre la costumbre, y ambas sobre los principios generales del Derecho. En este precepto resulta especialmente valioso para el principio de jerarquía normativa, el art. 1.2 que establece: Carecerán de validez las disposiciones que contradigan una de rango superior. Concretamente en las actuaciones mencionadas, los detalles expresados VIOLAN dicha jerarquía normativa, también artículos de esos tratados-reglamentos y de leyes nacionales: el 6.2 de la Declaración Universal de Bioética y de Derechos Humanos (18), el art. 1 del Código de Nuremberg (19), el art 7.3.2. de la Resolución 2361 del Consejo Europeo (20), los art. 2.4 y 21.1 de la Ley del Paciente (21) en su última actualización de 05/06/21; y también, la protección de datos personales (que es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), y la Ley de protección de datos (LOPDGDD). La normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre; su incumplimiento puede ocasionar a la persona (por ejemplo, al dueño de un local que pide el certificado de vacunación para permitir la entrada), una multa de hasta 600.000 €). CUALQUIER DISCRIMINACIÓN POR MOTIVO DE SER RENUENTE A LA VACUNACIÓN, VIOLA TODO LO EXPRESADO ANTERIORMENTE Y, CONSECUENTEMENTE, AL NO SER CONFORME A DERECHO, ES DENUNCIABLE. Hay dos claros ejemplos: el pasaporte Covid y la restricción de acceso a locales.

El pasaporte Covid entró en vigor el 1 de julio en los países miembros de la Unión Europea. Permite viajar sin restricciones a las personas que hayan completado su pauta de “vacunación” contra la Covid-19. Por contra, quienes todavía no estén vacunados, deben tener en cuenta los distintos requisitos para entrar a la región de destino, ya que no todos los Estados miembros siguen el semáforo comunitario y aplican sus propios criterios.

En los países al margen del marco comunitario es casi indispensable la presentación de un test que acredite no estar infectado días antes de llegar al lugar escogido. Existen excepciones, como Estonia o Rumanía, que catalogan a España como país "verde" y como un territorio con menos de 150 casos de incidencia, por lo que no es necesario presentar pruebas de ningún tipo.

En el caso de que se requieran, gran parte de los territorios admiten los test de antígenos, una medida más barata y rápida que las PCR, pero estas últimas siguen siendo las favoritas. De hecho, algunas regiones exigen una segunda prueba al llegar, como ocurre en Chipre. Finlandia, por su parte, realiza test gratuitos nada más aterrizar, aunque recomienda realizarse un test adicional 72 horas después.

En otros territorios, las personas que hayan superado la enfermedad podrán aportar un documento que lo acredite con un máximo de seis meses desde que se contrajo. De esta forma estarán exentos de presentar otro tipo de pruebas. En Hungría, un país que tiene muy restringido el turismo, solo se permite el acceso a aquellos que hayan sido positivos en el pasado.

El pasaporte podría parecer una medida enfocada a dinamizar el sector comercial de países con mayor poder económico, pero como se ha señalado, convergen en esta disposición varios posibles contextos de vulneración; por un lado **genera discriminación** al coartar la libre movilidad de las personas no vacunadas, violando los tratados internacionales mencionados anteriormente; y por otro, **viola la protección de los datos personales tanto de vacunados como de no vacunados**, que como hemos visto, es otro derecho fundamental de los seres humanos, que se encuentra ampliamente amparado, por los ámbitos jurídicos a lo largo del mundo.

El rechazo a los denominados "pasaportes epidemiológicos" o "certificados de inmunidad" ha sido generalizado desde diversos sectores y sobre la base de argumentos de variada naturaleza: médicos y científicos, éticos y jurídicos. Esta cartilla o pasaporte de este tipo implica una clara diferenciación entre quienes puedan contar con un certificado acreditativo de haber pasado la enfermedad o de no estar contagiados en un momento o período determinado, y quienes no puedan contar con el mismo por el mero hecho de no haber caído enfermos o no poder costearse la prueba, entre otros posibles motivos.

Desde el punto de vista jurídico-constitucional, las medidas que presumen un trato jurídico diferente de unos colectivos respecto a otros deben superar un triple canon de validez:

En primer lugar, **tenemos que determinar si la medida diferenciadora adoptada responde a una finalidad legítima**. El pasaporte Covid pretende, en primer término, distinguir entre quienes han pasado la enfermedad o, en su caso, cuentan con pruebas que acrediten no estar contagiados, por un lado, y quienes están enfermos, no la han sufrido aún o no cuentan con tales pruebas concluyentes, por otro lado. A partir de esa clasificación, se trataría de permitir a los primeros una vuelta a la normalidad de sus actividades recuperando el pleno ejercicio de sus derechos de movilidad (junto a otros asociados a ésta) y, con ello, contribuir a la reactivación económica; mientras los segundos mantendrían restringida su movilidad y otros derechos por razones de salud pública. Reactivar la economía y velar por la salud pública son, en principio, legítimas atribuibles a la idea del pasaporte Covid.

En segundo lugar, la medida cuestionada **ha de ser idónea o adecuada al fin perseguido**. En este punto ya vemos más obstáculos para su cumplimiento. **El limitado conocimiento que tiene la ciencia sobre el supuesto virus SARS-CoV-2 y la enfermedad que desencadena (Covid-19), no permite afirmar con suficiente certeza algunos de los presupuestos que la medida de la cartilla Covid toma como esenciales. Así, como ha quedado demostrado, no cabe atribuir inmunidad permanente a quienes han sido vacunados, se ha demostrado la escasa efectividad de esas "vacunas", lo cual, hace posibles nuevos contagios (que también ha quedado demostrado que suceden); por otro lado, también se ha constatado que la fiabilidad de los PCR que se vienen realizando, ni de lejos, es suficiente para garantizar una fiable identificación de personas contagiadas o no. Atendiendo a todo esto, es imposible justificar medidas de levantamiento parcial de las restricciones a las personas supuestamente inmunes a partir de un pasaporte o certificado epidemiológico**. En consecuencia, y desde este punto de vista, podría concluirse que tales pasaportes o certificados no son en sí mismas medidas antijurídicas pero, para el caso concreto de la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 y ante el estado actual de la pandemia y del conocimiento científico sobre la misma, resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue. Sencillamente, un pasaporte Covid, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.

Para finalizar, toda medida que suponga un trato jurídico diferenciado **debe resultar proporcional en sus efectos o resultados, de forma que éstos superen o compensen los costes que genera**. Dichos costes se cifran en el grado de afectación que otros derechos o bienes jurídicos sufren como consecuencia de la medida adoptada. El pasaporte Covid incide, en primer lugar, en el derecho a la libre circulación de quienes no tengan acceso al mismo y, sobre la base de ello, en todos los demás derechos fundamentales que necesitan de la libertad de movimientos para su ejercicio efectivo: celebrar reuniones familiares, participar en reuniones o manifestaciones, asistir a clases, abrir el propio negocio, entre otros muchos ejemplos. En segundo lugar, la expedición y posterior uso del pasaporte Covid tiene incidencia directa sobre la intimidad personal, en relación a los datos relativos a la salud de las personas, de forma que el pleno ejercicio de muchos derechos quedaría condicionado a la revelación de esos datos tan sensibles. Y finalmente, la cartilla Covid tiene un impacto de alcance transversal sobre todos los derechos que directa o indirectamente se vean afectados por la misma: la diferencia de trato jurídico que establece atiende a una cualidad personal, el estado de salud, que puede considerarse discriminatoria en determinados contextos en que no estaría justificado distinguir entre las personas con base en dicho argumento. **En definitiva, la expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo**.

Para que supuestamente no haya discriminación, el pasaporte Covid, como hemos visto, no es un requisito indispensable para viajar, te dan otras opciones; el problema es que **sí existe una discriminación clara de firma indirecta. El pasaporte es gratuito y tiene una validez de un año y si no estás**

vacunado o no has pasado la enfermedad, se te obliga a hacerte un test PCR o test de antígenos, cada vez que vayas a viajar y, esos test, los pagas tú. Es una coacción indirecta para que te "vacunes" y una clarísima forma de discriminación, violando todos los tratados internacionales anteriormente citados.

El ministro de Sanidad israelí, Nitzan Horowitz, admitió que los pasaportes de "vacunación" tenían como principal objetivo coaccionar a las personas para que se "vacunen". "La imposición de las normas de pasaporte verde en determinados lugares es necesaria para presionar al público a que se 'vacune', no por razones médicas".

En el caso de la persona que nos prohíbe entrar a un local, esa denuncia se puede hacer por tres causas diferentes: DISCRIMINACIÓN, INCUMPLIMIENTO DE LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y POR UN POSIBLE DELITO DE INCITACIÓN AL ODIO:

Discriminación

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (22).

TÍTULO XXI.

DELITOS CONTRA LA CONSTITUCIÓN. CAPÍTULO IV.

DE LOS DELITOS RELATIVOS AL EJERCICIO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y LIBERTADES PÚBLICAS

SECCIÓN 1. De los delitos cometidos con ocasión del ejercicio de los derechos fundamentales y de las libertades públicas garantizados por la Constitución.

Artículo 510.

1. Los que provocaren a la discriminación, al odio o a la violencia contra grupos o asociaciones, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía, serán castigados con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. Serán castigados con la misma pena los que, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, difundieren informaciones injuriosas sobre grupos o asociaciones en relación a su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, enfermedad o minusvalía.

Artículo 511.

1. Incurrirá en la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años el particular encargado de un servicio público que deniegue a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

2. Las mismas penas serán aplicables cuando los hechos se cometan contra una asociación, fundación, sociedad o corporación o contra sus miembros por razón de su ideología, religión o creencias, la pertenencia de sus miembros o de alguno de ellos a una etnia o raza, su origen nacional, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía.

3. Los funcionarios públicos que cometan alguno de los hechos previstos en este artículo, incurrirán en las mismas penas en su mitad superior y en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de dos a cuatro años.

Artículo 512.

Los que en el ejercicio de sus actividades profesionales o empresariales denegaren a una persona una prestación a la que tenga derecho por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía, incurrirán en la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión, oficio, industria o comercio, por un período de uno a cuatro años.

Derecho de admisión

Los dueños de algunos locales, hacen referencia a que legalmente, pueden negar la entrada a su local, en base al derecho de admisión en relación al estado de vacunación de la persona que desea entrar. Vamos a ver si tienen razón, analicemos los pormenores legales de ese derecho:

Se define en nuestro ordenamiento jurídico como la "…facultad que tienen los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos para determinar las condiciones de acceso y permanencia en los mismos, dentro de los límites establecidos legal y reglamentariamente…".

Tales límites se regulan, en la legislación estatal, en el Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas. Por su parte, todas las Comunidades Autónomas (excepto Cantabria) han aprobado Leyes específicas (o como en el caso de Galicia, Decreto) sobre las normas de funcionamiento de establecimientos públicos, espectáculos públicos y actividades recreativas, entre las que se incluye, más o menos pormenorizada, la regulación del derecho de admisión.

Como señala la Sentencia de la Sección 7ª, de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, de 2 de julio de 2001 (Rec: 7405/1996; Ponente: Ramón Trillo Torres) esta normativa está orientada a preservar muy especialmente el orden público y la seguridad ciudadana. De ahí que las nefastas consecuencias de inaplicar la normativa vigente, o la aplicación arbitraria o negligente de la misma –como sucedió en los casos del Madrid Arena o de la muerte de un joven por la paliza de un portero en una discoteca madrileña–, generen una justificadísima alarma social que, como en este último caso mencionado, pueden terminar por modificar la regulación.

La jurisprudencia ha aclarado que "… las condiciones y requisitos (del derecho de admisión) están referidos siempre al titular del establecimiento…, siendo los usuarios y consumidores titulares del derecho de acceso, no del de admisión…"

Aclarado este punto, la normativa vigente señala que es el titular del establecimiento público, espectáculo público o actividad recreativa quien está habilitado para ejercerlo directamente, si bien también puede ejercerse por el personal acreditado como servicio de admisión (que actuará bajo la dependencia del titular). El personal acreditado desempeñará el servicio de admisión en exclusiva, no portará armas de ningún tipo y deberá informar inmediatamente al personal encargado de la seguridad privada (esto es, vigilantes de seguridad, si los hubiere) o, en su defecto, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en caso de alteraciones del orden en los accesos, o en el interior de los establecimientos o recintos

Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Se prevé, además, la obligación de los titulares de espectáculos públicos, actividades recreativas o establecimientos públicos de adoptar las medidas necesarias para facilitar el acceso y permanencia de las personas con discapacidad.

La casuística jurisprudencial ha permitido concretar estos principios generales. Así, la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la AP de Alicante (Rec: 184/1997; Ponente: Carmen Paloma GONZÁLEZ PASTOR) condenó al portero de un pub que denegó la entrada a dos personas de raza negra por el delito del art. 512 del Código Penal (relativo al ejercicio de los derechos fundamentales y libertades públicas)7, mientras que absolvió al gerente del mismo, porque "… no ha resultado acreditado que transmitiera orden alguna al portero acerca de la prohibición de entrada en el pub de personas de color …".

Por su parte, la Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009, (Rec: 377/2007; Ponente: Juan María JIMÉNEZ JIMÉNEZ) declaró que no puede limitarse la entrada de público mayor de edad en aras de la libertad de empresa y que, por tanto, debe prevalecer el derecho a la igualdad frente a aquélla. Como señala la

Sentencia, "…ninguna razón justifica que en base a un mero criterio organizador de clientes del empresario, se justifique la exclusión de un establecimiento abierto al público, de un segmento o grupo de consumidores por la mera razón de su edad. Exclusión que solo se justifica cuando se trata de los menores de edad…".

La AP de Oviedo, en Sentencia nº 370, de la Sección 2ª de la Sala de lo penal, de 13 de noviembre de 2000 (Rec: 329/2000; Ponente: Antonio LANZOS ROBLES) estimó el Recurso de Apelación y condenó a la empleada de un supermercado como autora criminalmente responsable de una falta de vejación injusta, al prohibir la entrada en el supermercado a la denunciante, que empujaba la silla en la que llevaba a su hijo minusválido menor de edad8, y permitir, a continuación, la entrada de un minusválido adulto en su silla de ruedas.

Siempre que se respeten los principios generales mencionados para el ejercicio del derecho de admisión, cada establecimiento concreto puede aplicar condiciones particulares de admisión, sobre las que pesa la exigencia de aprobación del órgano autonómico competente y de publicidad. En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA FERRER-CALBETÓ) señala que "… han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos…".

En concreto, la Sentencia nº 934, de la Sección 5ª, de 30 de septiembre de 1999 del TSJ de Cataluña (Rec: 129/1996; Ponente: Joaquín VIVES DE LA CORTADA FERRER-CALBETÓ) señala que "… han de constar 'bien visibles', colocados en los lugares de acceso y haciendo constar claramente tales requisitos…".

Esta obligación de publicidad de las condiciones particulares de admisión es, justamente, la que permite el ejercicio legítimo de este derecho, pues el artículo 59 del RD 2816/1982, en relación con "… los espectadores, asistentes y el público en general…", determina que "… el público no podrá … entrar en el recinto o local sin cumplir los requisitos a los que la Empresa tuviese condicionado el derecho de admisión, a través de su publicidad o mediante carteles, bien visibles, colocados en los lugares de acceso, haciendo constar claramente tales requisitos.

<u>Si no existe esta publicidad, se entenderá que no hay ninguna limitación específica, por lo que no basta con solamente tener el cartel que pone reservado el derecho de admisión sino que tiene que aparecer visiblemente las condiciones de entrada</u>. No obstante, las personas consumidoras o usuarias de los establecimientos que consideren que el ejercicio del derecho de admisión o las condiciones de acceso, tal como están previstas o les han sido aplicadas, no son conformes a lo previsto en el reglamento, aparte de solicitar una hoja de reclamación en el establecimiento, podrán formular denuncia o reclamación ante la administración competente para sancionar o ante la vía jurisdiccional procedente (23).

En este sentido, la Sentencia de la Sección 6ª de la Sala tercera del Tribunal Supremo, de 21 de abril de 1994 (Rec: 6910/1991; Ponente: José María SÁNCHEZ ANDRADE Y SAL), justificó la denegación de acceso a una sala de baile "… por no observar la obligación impuesta a los clientes de esta clase de empresas, en el art. 21 Decreto 231/65, …"11, "… dado que –como en caso análogo al que resuelve la sentencia apelada–, ha declarado el Tribunal Constitucional en Sentencia de 14 junio 1985, la prohibición de acceso a un casino –e igual podría decirse de una Sala de Baile–", "se trata de una decisión adoptada por terceros particulares, sobre la base de suposiciones fundadas de las que no cabe decir que por sí misma vulnere el principio de igualdad, ya que constituye una actividad protectora de los intereses de la propia entidad privada". Por su parte, la Sentencia nº 1268, de la Sección 9ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Madrid (Rec: 727/1997; Ponente: Juan Miguel MASSIGOGE BENEGIU) confirmó la sanción pecuniaria impuesta al titular de un establecimiento por haber denegado la entrada a una cliente vestida con traje de novia. La Sala considera acreditado que se le negó el acceso sin que constara cartel en la puerta reservándose el derecho de admisión, ni se le presentara documento con las condiciones para ser admitido.

La actual regulación prevé expresamente las situaciones en las que debe impedirse el acceso (y la permanencia de personas) a establecimientos y espectáculos públicos, y actividades recreativas, sistematizando los supuestos previstos tanto en la normativa estatal como en la autonómica. Dichas situaciones serían las siguientes:

1) Cuando el aforo establecido esté completo, razón por la cual los establecimientos tienen la obligación de colocar en la entrada un rótulo indicativo del aforo máximo permitido. Cuando se haya cumplido el horario de cierre del local.

2) Cuando el espectáculo o actividad recreativa haya comenzado, de acuerdo con sus condiciones específicas.

3) Cuando quien pretenda acceder al espectáculo público, actividad recreativa o establecimiento público se encuentre en alguna de las siguientes circunstancias, o manifieste alguno de los siguientes comportamientos (24):

   - Carecer de la edad exigida.

   - Consumir drogas u otras sustancias estupefacientes, o mostrar síntomas de haberlas consumido, así como dar signos evidentes de embriaguez.

   - Dificultar el desarrollo del espectáculo o actividad, o bien el funcionamiento normal del establecimiento.

   - Manifestar actitudes violentas o comportamientos agresivos, provocar altercados o llevar símbolos que inciten a la violencia, el racismo o la xenofobia; portar armas y otros objetos susceptibles

de ser utilizados como tales, salvo que, de conformidad con la normativa específica aplicable, se trate de miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o de escoltas privados integrados en empresas de seguridad privada, y accedan al establecimiento en el ejercicio de sus funciones; poner en peligro o causar molestias a otros espectadores o usuarios.

Como puede apreciarse, todas ellas responden a la necesidad de proteger la juventud e infancia y preservar el orden público y seguridad ciudadana. Razón por la cual la jurisprudencia considera que existe infracción administrativa por la mera constatación de los hechos, aplicando en este punto el principio general administrativo de presunción de veracidad de las actas policiales, independientemente de la falta de intencionalidad del titular del establecimiento, y desechando que tal sanción administrativa implique la aplicación de una supuesta responsabilidad objetiva.

Si no se acredita la existencia de ninguna de estas circunstancias que obligan a prohibir la entrada y permanencia en un establecimiento o espectáculo público, o a una actividad recreativa, no estaría justificado denegar el acceso a los mismos. En este sentido, la Sentencia nº 127, de la Sección 10ª del TSJ de Madrid, de 7 de febrero de 2013 (Rec: 947/2012; Ponente: Emilia Teresa DÍAZ FERNÁNDEZ) confirmó la sanción impuesta a un establecimiento de ocio por denegar el acceso a su zona de nieve a un ciudadano "…porque así se ha ordenado y grabado en la base de datos del centro…sin facilitar ningún dato de los motivos por los que se deniega la entrada…". Motivo por el cual la STSJ entiende "… que ha existido una vulneración del derecho de acceso o admisión,…

El incumplimiento por el titular del establecimiento público o de la persona física o jurídica que organice el espectáculo público o actividad recreativa, de las obligaciones que le impone la normativa, conlleva, asimismo, la declaración de responsabilidad civil subsidiaria en el caso de que se produzca algún ilícito penal.

En Canarias, **el derecho de admisión se encuentra recogido en el Decreto 86/2013, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de actividades clasificadas y espectáculos públicos y en su artículo 47**, viene definido el derecho de admisión como la facultad que tienen las personas titulares de los establecimientos que sirven de soporte a la realización de actividades musicales, de restauración o de juego y apuestas y la persona promotora u organizadora del espectáculo público, de determinar las condiciones de acceso. **El ejercicio del derecho de admisión no puede comportar, en ningún caso, discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, discapacidad, orientación sexual, identidad de género las personas o cualquier otra condición o circunstancia personal o social de usuarias de los establecimientos y de los espacios abiertos al público, tanto en lo referente a las condiciones de acceso como a la permanencia en**

los establecimientos y al uso y disfrute de los servicios que prestan (25)

Las condiciones de acceso sobre las que se tiene que regir el titular del derecho de admisión, deben ser concretas y objetivas y en ningún caso pueden ser arbitrarias, ni improcedentes, ni basarse en criterios discriminatorios que puedan producir indefensión a las personas usuarias o consumidoras. Tampoco pueden ser contrarias a las costumbres vigentes de la sociedad.

A modo de resumen:

El derecho de admisión se configura como una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color (como declaró la Sentencia nº 440 de la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Alicante), a personas mayores de edad (en este sentido, Sentencia nº 308 de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Andalucía, de 12 de marzo de 2009), o a minusválidos (así, la Sentencia de la AP de Oviedo nº 370, de la Sección de la Sala de lo Penal, de 13 de noviembre de 2000). Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.

Siempre que se respete el límite del artículo 14 de la CE, la legislación permite la aplicación de normas específicas de admisión en cada establecimiento o espectáculo, sujetas, en todo caso, a visado y aprobación, bien por el órgano competente en materia de espectáculos de la comunidad autónoma (como establecen las leyes de Aragón, Cataluña y Murcia), bien por el órgano competente para otorgar las preceptivas autorizaciones o licencia (como establece la ley de Andalucía).El ejercicio legítimo del derecho de admisión sobre la base de normas particulares exige, asimismo, su publicidad, en concreto, en un lugar perfectamente visible y en un cartel legible para los usuarios, clientes o espectadores. Con ello se garantiza que tales normas específicas respondan a criterios de objetividad, es decir, que respeten los límites constitucionales y legales.

El incumplimiento de los requisitos legales para el ejercicio legítimo del derecho de admisión implica la comisión de una infracción administrativa, sancionada con multa cuyo importe se fija por la normativa autonómica aplicable. Las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado actuarán a requerimiento del usuario, cliente o espectador que denuncie la práctica abusiva o discriminatoria del derecho de admisión,

iniciándose un procedimiento administrativo sancionador que terminará con la imposición, en su caso, de alguna de las sanciones previstas en la regulación autonómica al efecto. Ello sin perjuicio de que, en los casos más graves, se pueda declarar la responsabilidad civil subsidiaria del titular del establecimiento, espectáculo público o actividad recreativa.

Discriminación en el ámbito laboral

La acreditación de una supuesta inmunidad ha empezado a introducirse como factor distorsionante en los procesos de búsqueda de empleo, selección de personal y contratación. Incluso muchos demandantes de empleo incluyen en sus currículums el dato relativo a su inmunidad tras haber superado la enfermedad o su estado de vacunación, pudiendo los empresarios tomar dichos datos de salud como criterio decisivo para la contratación de personal.

En primer lugar, se debe destacar que una persona no está obligada a responder a determinadas preguntas en una entrevista de trabajo, por lo que los profesionales de Recursos Humanos y los altos cargos de las diferentes compañías deben ser conscientes de que, al realizar cierto tipo de preguntas o exigir test y certificados de haber pasado una determinada enfermedad, estarían vulnerando el derecho a la intimidad de la persona e irían en contra de la Ley Orgánica de Protección de Datos y del artículo 14 de la Constitución española.

Sin embargo, hay quien argumenta que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación por parte del empresario de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores que están a su servicio; si bien es cierto que esto no significa que se pueda exigir la vacunación o la realización de una de las pruebas para detectar la enfermedad.

Sí se podrá, y de hecho sería lo recomendable, poner a disposición de los empleados este tipo de pruebas del mismo modo que se hace con otro tipo de reconocimientos médicos; además, sería fundamental ofrecer en las compañías todo tipo de productos y equipos de prevención (mascarillas, gel hidroalcohólico, guantes, termómetros…).

De la misma forma, y con la finalidad de luchar contra esta pandemia, considero que es muy importante que, desde el ámbito laboral, se trate de concienciar al personal sobre la necesidad de continuar con las medidas de protección y prevención; insistiendo en el hecho de que una persona vacunada sigue siendo susceptible de infectarse y de contagiar a los demás.

Como sabemos, nuestra normativa laboral prohíbe la discriminación directa o indirecta para el empleo por muy diversas razones. Entre tales razones no se contempla expresamente ni la enfermedad ni la salud.

Entre las causas de discriminación prohibidas por nuestra legislación laboral se encuentran otras que pueden verse afectadas por la práctica de requerir el llamado pasaporte Covid para optar a un empleo. Podemos indicar, en primer

lugar, la condición social, por el efecto condicionante que tendría el coste de la prueba y la correspondiente cartilla para aquellos que no puedan justificar acudir al servicio público de salud y tengan que procurársela por cauces privados. En segundo lugar, la información que procura acreditar el pasaporte Covid (fundamentalmente, haber superado la enfermedad y ser inmune, supuestamente, a ella) plantea un peculiar encaje en las causas de discriminación apuntadas. Lo paradójico de la eventual exigencia de un pasaporte de inmunidad para ser contratado es que el hecho de no haber pasado la enfermedad, esto es, el hecho de estar y haber estado sano, se revelaría como un factor de salud discapacitante a los ojos del empresario contratante, que nada tiene que ver con los requerimientos técnicos o de cualificación de la labor a desarrollar. Y consiguientemente, el hecho de haber enfermado y, afortunadamente, superar la enfermedad aparece como una ventaja competitiva en el difícil trance de la búsqueda de empleo. Por lo tanto, podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo.

Podemos dar un paso más allá, mucho más dantesco. El demandante de empleo puede llegar a considerar como asumible el riesgo de contagiarse deliberadamente para, una vez superada la enfermedad y obtenida su cartilla Covid, tener más opciones de ser contratado.

Además, si lo vemos desde una óptica empresarial, este pasaporte Covid garantizaría al empresario un ahorro de los costes asociados a las ausencias y bajas laborales relacionadas con el Covid-19 (donde se incluyen no sólo el contagio sino también los períodos de aislamientos preventivos derivados del contagio de contactos estrechos de un trabajador).

Por lo tanto, es más que palpable que el hecho de no haber pasado una enfermedad a la que están expuestas todas las personas no podemos aceptarlo como un criterio válido determinante de la aptitud para desempeñar un empleo y, por tanto, de diferenciación entre candidatos aptos y no aptos. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio. Piénsese que una persona que no ha pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, y que quizá nunca resulte contagiada, quedaría sistemáticamente excluida del acceso a todo tipo de empleo por un mero cálculo de riesgos empresarial.

La consecuencia de requerir la acreditación de inmunidad, que supone haber pasado la enfermedad derivada del SARS-CoV-2, es considerar faltos de aptitud para el trabajo a aquellos que nunca se han contagiado; circunstancia ésta (estar y haber estado sano) que en ningún caso puede justificar una discriminación en el acceso al empleo.

La Agencia Española de Protección de datos, ya ha hecho una advertencia muy clara en el caso de solicitud de datos sanitarios personales a candidatos que optan a un puesto de trabajo (perfectamente, se puede hacer extensivo al certificado Covid). Estas prácticas, según la AEPD, constituyen una vulneración de la normativa de protección de datos aplicable. Añaden que este tipo de información es un dato personal relativo a la salud, que el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) califica de categoría especial en su artículo 9, por lo que su recogida y utilización por la posible empresa empleadora está sujeta a la normativa de protección de datos, fundamentalmente el citado RGPD y la Ley Orgánica de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD), que resultan plenamente aplicables (26).

Incitación al odio

Como concepto, se persigue la conducta de alguien que promueva, ya sea de manera directa o indirecta, el odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte de dicho grupo o contra una persona determinada.

Es importante hacer mención que los casos de incitación al odio están muy tasados, es decir, que se deben cumplir una serie de supuestos muy concretos para que podamos hablar de este tipo de delito.

Estas razones para la incitación al odio serán:

- Racistas
- Antisemitas
- Ideológicas
- Religiosas o creencias
- Situación familiar
- De contenido o identidad sexual
- De género
- Enfermedad o discapacidad

Junto con estos requisitos debe cumplirse también el hecho de que se cree una situación de violencia, hostilidad o discriminación contra ese grupo determinado.

Cuando hablamos del tipo básico, la pena puede ser de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses (Artículo 510.1 del Código Penal).

"Serán castigados con una pena de prisión de uno a cuatro años y multa de seis a doce meses:

a) Quienes públicamente fomenten, promuevan o inciten directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes

a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

b) Quienes produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para fomentar, promover, o incitar directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad.

c) Públicamente nieguen, trivialicen gravemente o enaltezcan los delitos de genocidio, de lesa humanidad o contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, o enaltezcan a sus autores, cuando se hubieran cometido contra un grupo o una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia al mismo, por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, la situación familiar o la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, cuando de este modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mismos".

Ahora bien, si hablamos del subtipo atenuado, la pena puede ser de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses (Artículo 510.2 del Código Penal):

"Serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses:

a) Quienes lesionen la dignidad de las personas mediante acciones que entrañen humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos a que se refiere el apartado anterior, o de una parte de los mismos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a ellos por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o produzcan, elaboren, posean con la finalidad de distribuir, faciliten a terceras personas el acceso, distribuyan, difundan o vendan escritos o cualquier otra clase de material o soportes que por su contenido sean idóneos para lesionar la dignidad de las personas por representar una grave humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos mencionados, de una parte de ellos, o de cualquier persona determinada por razón de su pertenencia a los mismos.

b) Quienes enaltezcan o justifiquen por cualquier medio de expresión pública o de difusión los delitos que hubieran sido cometidos contra un grupo, una parte del mismo, o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, por razones de género, enfermedad o discapacidad, o a quienes hayan participado en su ejecución.

Los hechos serán castigados con una pena de uno a cuatro años de prisión y multa de seis a doce meses cuando de ese modo se promueva o favorezca un clima de violencia, hostilidad, odio o discriminación contra los mencionados grupos.

Otros dos aspectos que implican restricciones o directamente, la supresión de derechos fundamentales y que son inherentes al discurso oficial de la "pandemia", son: el toque de queda y el uso de mascarillas.

Toque de queda

La libertad de movimiento, es un derecho recogido en la Constitución (27), concretamente en su art. 19:

En mayo de 2019, el Tribunal Constitucional dictaba por unanimidad una sentencia por la cual se declaraba inconstitucional un precepto incorporado en la Ley Orgánica de Régimen Electoral General. El precepto limitaba el derecho fundamental a la protección de datos; pero lo hacía de manera genérica: no especificaba el interés público esencial que permitiría la limitación, no establecía pormenorizadamente las restricciones posibles del derecho y no establecía las garantías adecuadas (sentencia 76/2019, de 22 de mayo, fundamentos jurídicos 7 y 8).

Según jurisprudencia constitucional consolidada, los derechos fundamentales son los que se ejercen frente a los poderes públicos. No son absolutos. Pero para que un Gobierno pueda restringirlos tiene que ampararse en una ley orgánica que se lo permita; aunque no de manera genérica. El precepto de la ley orgánica debe especificar el derecho a limitar, el interés público esencial que permite hacerlo y las condiciones y garantías de la limitación. Básicamente, es lo que el Tribunal Constitucional ha entendido por "respetar el contenido esencial del derecho" exigido por el artículo 53.1 de la Constitución. Además, una vez que el Gobierno tome la medida restrictiva en amparo de esta legislación se podrá juzgar, a su vez, su proporcionalidad: si la acción limitadora es útil, necesaria y proporcionada. Así es cuando, por ejemplo, el Ejecutivo limita el derecho fundamental de manifestación al cambiar su itinerario o cuando restringe el derecho de huelga al establecer los servicios mínimos.

Son, en definitiva, dos pasos; pero el segundo no cabe sin el primero. No podemos entrar a juzgar la proporcionalidad de una medida gubernamental

limitadora de derechos fundamentales sin el amparo previo de una ley orgánica que permita específicamente la restricción. La medida gubernamental limitadora de derechos fundamentales sin amparo específico en ley orgánica es inconstitucional; aunque sea justificada.

La Ley Orgánica de Medidas Sanitarias de 1986 prevé, en su artículo tercero, que "con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria (…) podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible". Ni se especifica el derecho fundamental que puede ser restringido por esas autoridades sanitarias ni, por supuesto, las condiciones y garantías de esa limitación.

Por tanto, esa remisión genérica a las "medidas oportunas" en absoluto cumple con los requisitos para permitir una acción gubernamental de limitación de derechos generalizada. En todo caso, permitirá una restricción de derechos a personas individualizadas con la consiguiente autorización judicial (artículo 8.6 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa).

Hoy por hoy, la única legislación que especifica la limitación de la libertad de circulación con las consiguientes condiciones y garantías es la Ley Orgánica de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio. Tenía razón el Gobierno al señalar que sólo al amparo de dicha ley, un Ejecutivo puede limitar de manera generalizada la libertad de circulación. También tienen razón la Fiscalía y la jueza de Lleida al denegar el confinamiento decretado por el Govern. Ni el 'Govern' puede limitar la libertad de circulación, ni el Gobierno gallego o el vasco podían prohibir otro derecho fundamental, el del voto. Aunque tanto el Ejecutivo catalán, como el gallego o el vasco, justifiquen esta medida. Y aunque todos podamos pensar que está justificada.

Justificar limitaciones de derechos fundamentales sin amparo legal rompe con la base de nuestro Estado constitucional de Derecho. Pensar que nuestros gobiernos nos protegerán sin necesidad de los controles establecidos hasta ahora es desconocer nuestra propia naturaleza. Es Importante que salgamos cuanto antes de esa ilusión halagadora y exijamos que las limitaciones de derechos se hagan conforme a nuestro sistema constitucional. El miedo no lo justifica todo.

Tras la finalización del estado de alarma, muchos gobiernos autonómicos intentaron mantener restricciones de derechos, como el de libertad de movimiento, mediante los toques de queda; no obstante, tal posibilidad fue impedida en primer lugar por los TSJ de las CCAA y luego por el Tribunal Supremo, tras los recursos de los gobiernos de esas CCAA. Por ejemplo, para el caso de Baleares, la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (28), consideró que **medidas restrictivas tan severas y extensas como el toque de queda o el máximo de personas en las reuniones familiares y sociales pueden adoptarse al amparo de la Ley Orgánica 3/1986 (artículo 3) siempre que "la justificación sustantiva de las medidas sanitarias, a la vista de las circunstancias específicas del**

caso, esté a la altura de la intensidad y la extensión de la restricción de derechos fundamentales de que se trate".

El alto Tribunal ha considerado que no procede autorizar estas medidas basándose únicamente en principios de prudencia, entendiendo que no quedan suficientemente justificadas las restricciones acordadas por el Consell de Govern. "No se ha justificado que la adopción de unas medidas tan intensas y severas resulten indispensables".

El Supremo avisa que **este tipo de medidas restrictivas de derechos adoptadas por las comunidades autónomas una vez levantado el estado de alarma, por ser tan severas y extensivas, requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica.**

La sentencia explica que **la única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.** No obstante, el TS ignora las garantías formales que la Constitución ofrece frente a la limitación de los derechos fundamentales y considera que una norma general dictada por un gobierno regional es suficiente si ofrece una «justificación» material.

Esta sugerencia aparece en dos de las resoluciones dictadas por el Tribunal Supremo en relación con las restricciones por Covid-19 una vez se ha levantado el estado de alarma, pese a que ambas coinciden en validar, en términos generales, que la Ley de 1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública puede servir para limitar algunos derechos fundamentales en relación con la situación sanitaria. No obstante, los magistrados exigen una justificación por parte de los gobiernos autonómicos que "esté a la altura de la intensidad y la extensión" de las restricciones que se acuerden.

Estas premisas ya se incluían en la resolución del pasado 11 de mayo que rechazó el recurso del Gobierno Canarias contra la decisión del Tribunal Superior de Justicia de no validar el cierre perimetral de las islas. En ambas se alude además a la conveniencia de contar con una ley específica para afrontar la pandemia que logra "la máxima seguridad jurídica".

Dicho de otra forma, **cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada.**

El sistema constitucional configuró una garantía normativo-formal en virtud de la cual las limitaciones de los derechos fundamentales sólo podían introducirse a través de un instrumento cualificado de las Cortes Generales, la ley orgánica y una garantía procesal consistente en un recurso de amparo de naturaleza

reparadora, y no preventiva. Con la expresión de la buena intención de luchar contra la difusión del coronavirus al margen de la declaración del estado de alarma, en un clima de miedo en gran parte de la población, muchos gobiernos autonómicos se apresuraron en el segundo semestre de 2020 a dictar normas restrictivas para, supuestamente, frenar el virus. La intención, confesada, de los gobiernos autonómicos de introducir profundas limitaciones en los derechos fundamentales lejos de ser cortada de raíz intentó ser moderada con la intervención del poder judicial en la fase de aprobación de las medidas atribuyéndole la competencia de «autorizar» tales restricciones con resultados claramente decepcionantes en términos de defensa de los derechos fundamentales. Ante la previsible profusión de normas autonómicas restrictivas de derechos fundamentales tras el segundo estado de alarma nacional se intentó introducir una armonización de las normas autonómicas restrictivas de derechos creando un peculiar recurso ante el Tribunal Supremo frente a las decisiones de los Tribunales Superiores de Justicia de las comunidades autónomas. Las resoluciones del Tribunal Supremo en el ejercicio de esta nueva competencia, sin embargo, han avalado la degradación de las garantías normativo-formales de los derechos fundamentales. La ley orgánica como instrumento cualificado para introducir limitaciones de derechos fundamentales ha quedado así marginada, consagrándose la posibilidad de que las mismas puedan ser aprobadas por un ejecutivo autonómico. No podríamos aplicar el adagio «hard cases make bad law» porque ni siquiera hay «cases». Quizá cuadre mejor la canción mexicana: «buenas intenciones, malas decisiones»

Por otro lado, tenemos la sentencia del Tribunal Constitucional, con respecto al estado de alarma (29):

La sentencia sostiene que esa "altísima intensidad" en la restricción de derechos llevó de hecho a su suspensión, lo cual "excede lo que la ley orgánica permite" para los estados de alarma, que es una "limitación" de derechos. No hubo una limitación de derechos fundamentales, sino un "vaciamiento". El fallo lo explica afirmando que, "a menos que se quiera despojar de significado sustantivo alguno al término 'suspensión', parece difícil negar que una norma que prohíbe circular a todas las personas, por cualquier sitio y en cualquier momento, salvo en los casos expresamente considerados como justificados, supone un vaciamiento de hecho o, si se quiere, una suspensión del derecho, proscritos como se ha reiterado ya en el estado de alarma.

Explica la sentencia que si el problema no solo es sanitario, sino "de orden público" generado, implica una "grave alteración" que "podría legitimar la declaración del estado de excepción"

Dicho de otra forma, solo con el estado de excepción, se pondrían suspender derechos fundamentales, que es lo que intentan hacer algunas CC.AA. y lo que sí consiguió hacer el Gobierno de España, evidentemente, de forma ilegal.

Hace poco de más de un mes de la sentencia del Supremo y menos de una semana, de la sentencia del Constitucional y los TSJ de muchas CC.AA., han cambiado su criterio con respecto a esas restricciones, supuestamente, por un

aumento del número de contagios como justificación. Como sabemos, esos supuestos contagios, han sido diagnosticados con un test PCR y sabemos, porque ha quedado demostrado, que no se pueden utilizar para diagnosticar, es decir, que no cumplen con los requisitos especificados en la sentencia del Supremo y, por tanto, no son conformes a derecho.

Uso de mascarillas

Sin contar con los graves efectos que pueden producir en la salud de las personas y, especialmente, en los niños (ya han sido desarrollados en el presente trabajo); vamos a tratar el tema, desde un punto de vista legal, exclusivamente.

En la Constitución hay varios artículos importantes a este respecto:

art.15. "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."

Vulneración del derecho a la integridad física y moral

art.18. "Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen."

Vulneración del derecho al honor y la propia imagen

art. 17 y 20. "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad" y "Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia."

Vulneración del derecho de libertad individual y derecho a la información

Si nos planteamos que el uso de la mascarilla se impuso a los españoles por medio de una simple orden ministerial, concretamente por la Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 publicada en el «BOE» núm. 142, de 20/05/2020, con entrada en vigor el 21/05/2020 y fue dictada por el Ministerio de Sanidad, llego a la conclusión y a la más firme convicción que la imposición, por parte del Gobierno, del uso de la mascarilla, es inconstitucional.

La citada orden ministerial dispone en su exposición de motivos, que con carácter general, el uso de mascarillas es obligatorio en personas de seis años en adelante en la vía pública, en espacios al aire libre y en cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público, siempre que no sea posible mantener una distancia de seguridad interpersonal de al menos dos metros, siendo recomendable su uso para la población infantil de entre tres y cinco años.

En el art. 1 de la citada norma, se nos hace saber que la orden tiene por objeto regular el uso obligatorio de mascarilla por parte de la población y que se entenderá cumplida la obligación mediante el uso de cualquier tipo de mascarilla, preferentemente higiénicas y quirúrgicas, que cubra nariz y boca.

Es evidente que se está estableciendo, por medio de una orden ministerial, (norma inferior de rango), la obligatoriedad de que los ciudadanos realicen una prestación personal obligatoria (usar la mascarilla), de carácter patrimonial y público. Carácter patrimonial, porque afecta a nuestro patrimonio al tener que comprarlas obligatoriamente y pagarlas con IGIC incluido (cuestión distinta sería si nos la regalara el Estado) y público, porque las prestaciones patrimoniales de carácter público, son obligaciones de Derecho que deben ser establecidas por Ley y que son coactivas.

Coactividad, se ha de entender como el modo en el que se establece una prestación (modo unilateral por el poder establecido), sin que intervenga para nada la voluntad popular y en este caso, no se puede evitar la exigencia del uso obligatorio de la mascarilla, absteniéndose de realizar el presupuesto de hecho al que se vincula la prestación. Esta libertad de abstenerse de cumplir con la prestación personal, carece de sentido en este caso, ya que significaría la renuncia a poder ejercer derechos fundamentales del ciudadano como sería salir a la calle o poder realizar actividades cotidianas e incluso poder transitar libremente renunciado a mantener una vida más o menos normal.

Por otro lado, la orden ministerial anticonstitucional que nos obliga al uso de mascarilla hace alusión a los procedimientos para la exigencia de su cumplimiento, ya que la autoridad policial podrá exigir el uso de la mascarilla de forma forzosa, multando a los infractores con fuertes sanciones que afectaran al patrimonio del ciudadano infractor.

La figura de la prestación patrimonial de carácter público, que es una creación doctrinal y jurisprudencial, antes que legal, parece tener una justificación sociológica y política. La prestación patrimonial de carácter público sirve para dotar de cobertura doctrinal a todos estos supuestos, a la vez que, al exigirse su establecimiento a través de ley, se le somete a una cierta racionalidad.

Por lo tanto, como consecuencia de este planteamiento, la inconstitucionalidad de la obligación del uso de la mascarilla a toda la población viene establecida porque se incumple por parte del gobierno el art. 31.3 de la Constitución Española:

"… 3. Sólo podrán establecerse prestaciones personales o patrimoniales de carácter público con arreglo a la ley…"

Teniendo en cuenta que se nos obliga a hacer una prestación personal y patrimonial de carácter público mediante una norma inferior como es una orden ministerial y no con una ley, la inconstitucionalidad de la obligatoriedad del uso de la mascarilla a toda la población en territorio nacional, es más que evidente.

Desde la implantación por las Cortes de Cádiz de 1812 del servicio militar por primera vez, de todos los varones y sin discriminaciones y excepcionando los deberes jurídico-tributarios que surgen de la necesidad del pago de un tributo que incluye también aspectos formales como hacer facturas, no se había producido una obligatoriedad de prestación pública por el Estado a los españoles, hasta la implantación del uso de mascarillas por el Gobierno. Mientras que el pago de tributos se estableció por la Constitución de 1978 y una posterior ley y el servicio militar se implantó por otra Constitución, la de 1812, el uso de mascarillas se ha impuesto por una orden ministerial, despreciándose la legalidad constitucional española y afectando a derechos fundamentales de los ciudadanos con el desprecio a la Norma Suprema española a base de una norma inferior, llamada orden ministerial, de rango reglamentario que emana de cualquiera de los ministros del Gobierno de España adoptada en virtud de la potestad ejecutiva del Gobierno. Jerárquicamente, se sitúa por debajo del real decreto del presidente del Gobierno y del real decreto del Consejo de Ministros.

El artículo 31 de la Constitución Española que se ha infringido, entre otros, por el gobierno al imponernos una prestación social por medio de una O.M., se integra en el Capítulo II del Título I de la propia Constitución, y por lo tanto, todos y cada uno de los derechos y deberes de los ciudadanos españoles recogidos en el mencionado capítulo, tienen unas especiales medidas de protección establecidas por la propia Constitución, que el gobierno, se han saltado a la torera.

Ante la tremenda infracción del ordenamiento jurídico español que ha cometido el Gobierno y contra la orden ministerial dictada por el Ministerio de Sanidad, Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulaban las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla cabe interponer un recurso de inconstitucionalidad, ya que el art. 53.1 y el art. 161.1.a de la Constitución Española disponen que contra las Leyes y disposiciones normativas con fuerza de ley que vulneren los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I , cabe recurso de inconstitucionalidad.

El Defensor del Pueblo, como alto comisionado de las Cortes Generales para la defensa de los derechos recogidos en el Título I de la Constitución, encuadrándose el artículo 31 de la Constitución dentro del mencionado Título I, en virtud de lo establecido en el artículo 54 de la Constitución Española; debería haber interpuesto un recurso de inconstitucionalidad contra la mencionada orden ministerial en defensa de los derechos y libertades de los españoles, al vulnerar la orden ministerial el art. 31.3 de la Constitución Española. El artículo 53.1 de la Constitución Española dispone que sólo por ley podrá regularse el ejercicio de los derechos y libertades y que en todo caso esta ley deberá respetar el contenido esencial de los derechos y libertades recogidos en el Capítulo II del Título I de la Constitución Española.

Como consecuencia de la conversión de este ejecutivo en poder legislativo mediante leyes habilitantes; ni se ha molestado en publicar un decreto ley para obligar a todos los ciudadanos a usar mascarilla, como hizo con el confinamiento de la población, aun sabiendo que el artículo 86.1 de la Constitución Española, prohíbe la adopción de Decretos-Leyes (y por supuesto de órdenes ministeriales)

que afecten a los derechos, deberes y libertades recogidos en el Título I de la Constitución, aun en los supuestos de extraordinaria y urgente necesidad en los que, para la regulación de otras materias, sí resulta procedente recurrir a los Decretos Leyes.

La conculcación del principio constitucional de reserva de ley que recoge el art. 31.3 de la Constitución, es otra infracción más de este Gobierno a la Carta Magna y a nuestros derechos y libertades como ciudadanos libres de una nación occidental, la más antigua de Europa y una de las más antiguas del mundo.

El artículo 31 de la Constitución Española (al igual que ocurre con los demás preceptos del Capítulo II del Título I de la Constitución) vincula directamente a las Administraciones Públicas (sin necesidad de mediación del legislador ordinario ni de desarrollo normativo alguno), tal y como se desprende de la STC 80/1982, no pudiendo dictar normas que afecten a los derechos fundamentales.

Dice la citada sentencia del Tribunal Constitucional:

"*Que la Constitución es precisamente eso, nuestra norma suprema y no una declaración programática o principal es algo que se afirma de modo inequívoco y general en su art. 9.1 donde se dice que «los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución», sujeción o vinculatoriedad normativa que se predica en presente de indicativo, esto es, desde su entrada en vigor, que tuvo lugar, según la disposición final, el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado». Decisiones reiteradas de este Tribunal en cuanto intérprete supremo de la Constitución (art. 1 de la LOTC) han declarado ese indubitable valor de la Constitución como norma. Pero si es cierto que tal valor necesita ser modulado en lo concerniente a los arts. 39 a 52 en los términos del art. 53.3 de la C.E., no puede caber duda a propósito de la vinculatoriedad inmediata (es decir, sin necesidad de mediación del legislador ordinario) de los arts. 14 a 38, componentes del capítulo segundo del título primero, pues el párrafo primero del art. 53 declara que los derechos y libertades reconocidos en dicho capítulo «vinculan a todos los poderes públicos». Que el ejercicio de tales derechos haya de regularse sólo por ley y la necesidad de que ésta respete su contenido esencial, implican que esos derechos ya existen, con carácter vinculante para todos los poderes públicos entre los cuales se insertan obviamente «los Jueces y Magistrados integrantes del poder judicial» (art. 117 de la C.E.), desde el momento mismo de la entrada en vigor del texto constitucional. Uno de tales derechos es el de igualdad ante la Ley que tienen todos los españoles, sin que pueda prevalecer discriminación alguna entre ellos por razón de nacimiento (art. 14 de la C.E.).*"

Con la obligatoriedad del uso de la mascarilla realizada por medio de una orden ministerial, el Gobierno se aleja de los principios que observan las normas y regulaciones de los derechos y libertades de los ciudadanos en Europa Occidental

Lo que algunos se empeñan en hacernos ver con desinformación, es que en este caso, hay un derecho, la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la

existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro.

En la República Checa, el Tribunal Supremo ha anulado el mandato de las mascarillas, por tercera vez ha pedido evidencias científicas de su utilidad que avalen su uso (33).

La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de diagnóstico (30) (31) (32); consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.

Fuentes consultadas para este apartado : ((34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41)).

Obediencia debida

Algo importante que deben recordar los miembros de las FCSE a la hora de cumplir con sus obligaciones, es que son funcionarios y, como tales, deben cumplir con unos principios de conducta. No deben obediencia a ningún político ni a intereses partidistas, tampoco a intereses personales; sólo a la Constitución.

El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia.

Principios de conducta de los Funcionarios Públicos:

El Estatuto Básico del Empleado Público aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, en su artículo 54, referido a los Principios de conducta, señala como principios de conducta los siguientes:

1. Tratarán con atención y respeto a los ciudadanos, a sus superiores y a los restantes empleados públicos.

2. El desempeño de las tareas correspondientes a su puesto de trabajo se realizará de forma diligente y cumpliendo la jornada y el horario establecidos.

3. **Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del**

ordenamiento jurídico, en cuyo caso las pondrán inmediatamente en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.

4. Informarán a los ciudadanos sobre aquellas materias o asuntos que tengan derecho a conocer, y facilitarán el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

5. Administrarán los recursos y bienes públicos con austeridad, y no utilizarán los mismos en provecho propio o de personas allegadas. Tendrán, asimismo, el deber de velar por su conservación.

Se rechazará cualquier regalo, favor o servicio en condiciones ventajosas que vaya más allá de los usos habituales, sociales y de cortesía, sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal.

7. Garantizarán la constancia y permanencia de los documentos para su transmisión y entrega a sus posteriores responsables.

8. Mantendrán actualizada su formación y cualificación.

9. Observarán las normas sobre seguridad y salud laboral.

10. Pondrán en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados. A estos efectos se podrá prever la creación de la instancia adecuada competente para centralizar la recepción de las propuestas de los empleados públicos o administrados que sirvan para mejorar la eficacia en el servicio.

11. Garantizarán la atención al ciudadano en la lengua que lo solicite siempre que sea oficial en el territorio.

¿Hasta dónde llega la obediencia a un superior de un empleado público?

La respuesta está en la propia Constitución y en su propio Estatuto Básico, el límite es la LEY, "Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico…" **traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.**

Obviamente, el empleado o funcionario público, no es un jurista y por consiguiente, no tiene porque conocer que dice exactamente toda la normativa tan variada que existe; no obstante, lo que si debe procurar, es que ante una orden o instrucción que entienda contraria al ordenamiento jurídico, antes de proceder a ejecutarla o cumplirla, debe intentar que el Superior del que depende y que le ha dado dicha orden, se la dé por escrito. Si aún así, entiende que dicha orden es manifiestamente ilegal, debe ponerlo en conocimiento de los órganos de inspección procedentes.

El cumplimiento de una orden ilegal, puede tener sanciones de muy diverso tipo, dependiendo del tipo de orden que se haya asumido o ejecutado, por ejemplo si dicha orden es contraria a la Constitución y se ha ejecutado, se puede haber incurrido en una infracción muy grave, desde el punto de vista disciplinario, sin entrar en otras sanciones, por ejemplo de tipo penal, dependiendo de la gravedad de la sanción, puede ser sancionado con alguna de las siguientes:

a) Separación del servicio de los funcionarios, que en el caso de los funcionarios interinos comportará la revocación de su nombramiento, y que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves.

b) Despido disciplinario del personal laboral, que sólo podrá sancionar la comisión de faltas muy graves y comportará la inhabilitación para ser titular de un nuevo contrato de trabajo con funciones similares a las que desempeñaban.

c) Suspensión firme de funciones, o de empleo y sueldo en el caso del personal laboral, con una duración máxima de 6 años.

d) Traslado forzoso, con o sin cambio de localidad de residencia, por el período que en cada caso se establezca.

e) Demérito, que consistirá en la penalización a efectos de carrera, promoción o movilidad voluntaria.

f) Apercibimiento.

g) Cualquier otra que se establezca por ley.

Es interesante señalar, la sentencia entre otras, del Tribunal Supremo de 20 de julio de 1998 que ha declarado: "**en materia de obediencia debida y de cumplimiento de un deber…es requisito esencial que el mandato al que se obedece no tenga como contenido una acción u omisión manifiestamente ilícita. Y tan esencial es éste requisito que su falta afecta al mismo concepto en que se pretende fundar la exención de responsabilidad criminal, de modo que no cabe hablar de obediencia debida, ni como eximente completa ni como incompleta…"**.

El mejor resumen de todas las aberraciones jurídicas que estamos padeciendo como consecuencia de una supuesta pandemia, nos lo ofrece la abogada Dña. Cristina Armas en el siguiente vídeo o en este otro y el abogado D. Fran Parejo, en otro.

Fuentes consultadas para este apartado: ((42) (43) (44) (45) (46) (47)).

Vacunación obligatoria

Desde el punto de vista jurídico, existen impedimentos para hacerla obligatoria. El primero, es que **en España no está reconocido el principio**

compensatorio, algo con lo que actualmente solo cuentan una veintena de países, entre ellos Francia y el Reino Unido, donde se está planteando con más fuerza la obligatoriedad de la vacuna. Con este sistema, **el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la "vacuna" para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad.**

Se distinguen diferentes tipos de vacunas. Las obligatorias son aquellas que tienen garantizada su fiabilidad, que no han registrado problemas y que están relacionadas con enfermedades bien conocidas. Como ejemplo, una sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la que se dictaminó que la vacunación obligatoria "es necesaria en una sociedad democrática", pero haciendo referencia a una denuncia presentada en 2015 por un grupo de padres checos a los que se les había impuesto administrar vacunas a sus hijos, para enfermedades muy conocidas como el tétanos, la polio, las paperas o la rubéola, éstas dosis llevan años administrándose a la población infantil, aseguran el no contagio de la enfermedad y no suponen problemas.

Que las vacunas, en ocasiones, pueden producir efectos adversos (lesiones, daños) es un hecho incuestionable. De ahí que los órganos judiciales, como no podía ser de otra manera a la vista de los peritajes técnicos, hayan reconocido los efectos adversos de las vacunas y las lesiones que han producido a las personas inoculadas, la mayoría de las veces por una reacción adversa infrecuente o inesperada, aunque conocida, reconociendo entonces el derecho a indemnización por los daños y lesiones sufridas (48).

Entre las sentencias que afirman la responsabilidad patrimonial por los efectos adversos de una vacunación, pueden citarse la sentencia, de 7 de octubre de 2003, del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -JUR/2004/75019-, que reconoce la responsabilidad patrimonial por las lesiones y secuelas generadas por la vacunación obligatoria de la viruela, razonando que a la fecha en la que la persona afectada fue sometida a vacunación obligatoria contra la viruela se podía decir, con la opinión de la mayoría de los profesionales del momento, que eran mayores los riesgos por efectos secundarios, que los efectos preventivos de la enfermedad que podían justificar la imposición de la obligación de vacunación; y la sentencia, de 12 de junio de 2008, del Tribunal Superior de Justicia de Valencia –JUR/2008/302069-, por la vacunación obligatoria de una persona contra la viruela, que le produjo como efecto secundario una encefalitis vírica, que le generó una epilepsia.

Resulta oportuno citar también la sentencia, de 30 de septiembre de 2010, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña -JUR/2010/393471, que no reconoce responsabilidad patrimonial por los efectos secundarios de la inoculación de la vacuna contra la gripe, precisando, en lo que aquí importa, que tampoco hay responsabilidad por falta de información de lo que se ha dado en llamar "efectos adversos de una vacunación" o "reacciones impredecibles", que no permiten determinar la infracción de un deber de información que se revelaría

desproporcionado absolutamente y que impediría el ejercicio de la función médica de curar, puesto que todo medicamento y toda actuación en el ámbito de la salud conlleva un riesgo.

En el caso de las "vacunas" para la Covid-19, la realidad innegable que estamos viendo es que la lista de eventos adversos a corto plazo (algunos de extrema gravedad) que ocasionan no tiene fin, ni en número, ni en variedad. Además, no ha habido tiempo para certificar la seguridad (los fabricantes no han proporcionado datos a medio y largo plazo), con la que ya cuentan los otros fármacos, por lo tanto existe una inseguridad jurídica y una incertidumbre científica.

En una publicación del abogado Mario Rueda (49), se analiza el tema considerando vacunas probadas, de constatada seguridad y eficacia (es decir, sin autorización de emergencia y con datos claros de los posibles eventos adversos a corto, medio y largo plazo) comprobando que se trata de un problema complicado de resolver, puesto que hemos de tener en cuenta dos factores que se dan normalmente en el momento en que se tiene que vacunar a una persona; el primero, el hecho de que se nos dice que por medio de la vacunación no sólo se está protegiendo a aquella persona que se vacuna sino a la colectividad, y segundo, el hecho de que lo normal es que quien recibe la vacuna sea un menor, y en consecuencia la decisión la toman los padres ya que no puede prestar consentimiento racional el hijo que la recibe. La conclusión a la que llega, es que podría ser obligatoria, **siempre y cuando exista un peligro de carácter inminente y extraordinario para la salud pública y tenga un carácter temporal, cuya duración nunca vaya más allá de lo que dure la causa que origina el peligro** (**cosa que en el caso del virus SARS-CoV-2 y la Covid, es imposible de demostrar, primero por la inexistencia de una prueba clara de la existencia del virus y segundo, porque los métodos de diagnóstico que se utilizan, no son validos**). Como norma general, el hecho de no vacunarse no supone un peligro para nadie, por tanto, fuera del supuesto mencionado, debe prevalecer el derecho a no vacunarse y, que cuando se trate de menores, la decisión sea tomada por los padres.

El otro impedimento jurídico para hacer la administración de esta "vacuna" obligatoria, es que **en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud**. El derecho a la salud no existe, es imposible que exista porque el Estado no puede garantizar que las personas no enfermen, lo que está recogido en el artículo 43, es el derecho a la protección de la salud. Por tanto, no existe el conflicto de derechos que, en todo caso llevaría a aplicar la técnica de ponderación de derechos, en la que tendrían que tenerse en cuenta el artículo 15 y el 17, relativos al derecho a la integridad física y moral y a la libertad.

De cualquier forma, según el Dr. Juan Luis Beltrán Aguirre, **nos encontramos en un campo de actuación administrativa donde impera la incertidumbre y la inseguridad jurídica** (50). La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, permite a las autoridades sanitarias adoptar determinadas medidas ablatorias cuando así lo exijan razones

sanitarias de urgencia y necesidad. Entre ellas, internamientos forzosos de enfermos contagiosos y la administración forzosa de vacunas, pero sin que dicha Ley Orgánica establezca garantía jurídica alguna dirigida a velar por la legitimidad y adecuación de las concretas actuaciones administrativas que conlleven la privación o restricción de la libertad personal o de otros derechos constitucionales que puedan verse afectados. Por su parte, el artículo 28 de la Ley General de Sanidad, muy sucintamente enumera unos principios a los que deben acomodarse las medidas limitativas que actúe la Administración, pero absteniéndose también de incorporar reglas sustantivas y procedimentales que establezcan y concreten las garantías jurídicas pertinentes. Finalmente, el artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, exige la autorización judicial para intervenciones ablatorias por razones de salud pública, pero sin diseñar un concreto procedimiento garantista de los derechos afectados, de manera que los jueces de lo contencioso-administrativo se ven abocados a acudir, por analogía, al procedimiento establecido en el artículo 763 LEC, declarado inconstitucional, pero no nulo, por el Tribunal Constitucional en su sentencia 132/2010, de 2 de diciembre.

En este punto, conviene hablar sobre la reciente sentencia (51) del Tribunal Constitucional sobre la vacunación forzosa, recogida en lo dispuesto en el número 5 del art. 38.2 b) de la nueva Ley de Salud de Galicia, que es el que faculta a las autoridades sanitarias autonómicas a imponer la vacunación obligatoria a la ciudadanía gallega, a fin de controlar las enfermedades infecciosas transmisibles (cualquiera, no sólo la covid-19) en situaciones de grave riesgo para la salud pública. El Constitucional, en su auto, cuyo ponente ha sido el magistrado Andrés Ollero, sostiene que no se puede imponer el pinchazo a nadie porque en la actualidad no hay cobertura legal para sancionar la negativa a inocularse. La resolución subraya que **la vacunación obligatoria no es una medida preventiva que aparezca expresamente contemplada en la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública por lo que no hay paraguas legal que ampare una inyección forzosa que "supone una intervención corporal coactiva y practicada al margen de la voluntad del ciudadano".** Por tanto, lo dicho por Dr. Beltrán, ya no procede, la incertidumbre e inseguridad jurídica, se han transformado en certeza y seguridad jurídica, **no se puede imponer la vacunación obligatoria**. D. Carlos Astiz, presidente de la Fundación Derechos Constitucionales, expresa su opinión en contra de que la vacunación fuera obligatoria (52).

El tribunal alega que levantar la suspensión al precepto que faculta a vacunar a la fuerza a los gallegos que ya decretó el pasado abril podría "**provocar perjuicios ciertos y efectivos que pueden resultar irreparables o de difícil reparación, en la medida en que la vacunación puede imponerse en contra de la voluntad del ciudadano**".

Obligaciones del personal sanitario

La OMC manifiesta que su Código Deontológico establece que "la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia".

El médico debe lealtad al enfermo y tiene que asistirle, nunca puede abandonarle, aunque ello le suponga un riesgo personal que debe ser minimizado. Al mismo tiempo, tiene que protegerse y proteger de la extensión de la enfermedad a los demás con todo lo que tenga disponible.

La Comisión Central de Deontología de la OMC, sostiene este razonamiento a partir de lo que recogen varios artículos del Código de Deontología de la profesión sobre la atención de pacientes en "circunstancias excepcionales". En este sentido, deja clara la postura que han de seguir los facultativos en cada momento.

El artículo 5.3, del Código señala: "**La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal**".

El articulo 6.1, del Código señala: "**Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado**".

Otro artículo, el 6.2, insiste: "**El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona**. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario". Este riesgo vital "inminente e inevitable" se refiere a que "si el facultativo tiene factores de alto riesgo, como una edad avanzada o comorbilidad podrá, legítimamente, puede ser eximido de ocupar posiciones y realizar tareas de alto peligro".

Socorrer **al enfermo es una cuestión de ética y los médicos están obligados a ello por su juramento hipocrático, pero, además, no hacerlo es un delito previsto y penado por nuestro Código Penal y conocido como delito de "omisión del deber de socorro"**.

Este delito se produce cuando alguien observa que otra persona está ante una situación de peligro y, o bien no la auxilia, o bien no solicita ayuda de un tercero que pueda hacerlo, si el que lo presencia no está en disposición de ello.

Se trata de un delito que se comete por omisión, es decir, por mera inactividad, en este caso, por dejar de ayudar y que puede cometerlo cualquier persona (artículo 195 del Código Penal), pero en el

artículo 196 se regula específicamente para los profesionales obligados a prestar asistencia sanitaria, que merece mayor reproche penal.

El delito específico para el profesional sanitario castiga, en concreto, dos conductas; la primera es denegar asistencia sanitaria. En este caso se presume que existe un previo requerimiento, que no necesariamente debe proceder de un superior jerárquico. La segunda modalidad es la de abandonar los servicios sanitarios. En ambos casos se exige que exista, a consecuencia de cualquiera de esos comportamientos, un riesgo para la salud de la víctima que debe ser grave. Es necesario, además, que ese profesional tenga la obligación legal o reglamentaria de prestar esa asistencia, ya que en caso contrario será impune su conducta. **Esto indica que el médico u otro sanitario que no asisten a la víctima han de encontrarse en activo, en servicio y en el ejercicio de sus funciones profesionales**. **Si el profesional no está en el momento en que debe prestar el auxilio ejerciendo el servicio o profesión, será aplicable el tipo general del art. 195 CP**. Habrá que tener en cuenta las normas administrativas que regulan las profesiones médicas y sanitarias, que serán las que determinen la obligación de socorrer o de no abandonar el servicio.

Se exige que el sanitario conozca el requerimiento para actuar según sus conocimientos profesionales ante una situación de necesidad de asistencia sanitaria a un enfermo y, además, que sepa que su inactividad supone ese riesgo grave para la salud de esa persona. Si ese riesgo existe, se presume que el profesional, precisamente por su condición de tal, conocía las consecuencias de su inactividad. **Se les exige actuar cuando deben hacerlo, teniendo responsabilidad si incurre en conductas de omisión o incluso si su actuación es llevada a cabo de un modo improcedente**. **Es decir, no solamente es responsable de prestar auxilio sino de hacerlo correctamente para no generar daño.**

Deberá hacer frente también a la responsabilidad civil que derivará de la comisión del delito, es decir, deberá indemnizar a la víctima o a sus familiares, por los daños y perjuicios causados por su inactividad. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo nº 648/2015, de 22 de octubre, en un caso de un médico de urgencias que se negó a abandonar el recinto médico, a pesar del reiterado requerimiento de funcionarios de policía, para atender a una víctima de accidente de tráfico a 60 m de la entrada del hospital, dictamina que es perfectamente compatible la responsabilidad civil derivada del delito con las indemnizaciones por responsabilidad patrimonial de la administración por el funcionamiento irregular de un servicio público que se obtengan en vía administrativa, pues expresamente se indica que "no es el fallecimiento de la víctima el objeto de la indemnización sino la "pérdida de oportunidad", " la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente".

Ha sido noticia la condena a dos sanitarios que dejaron morir a un hombre a tan solo 70 metros de un centro de salud. La sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, condena a un médico a multa de 1920 euros y a un enfermero de 1680 euros, además de la inhabilitación especial para la profesión sanitaria de seis

meses para ambos y una indemnización de 40 000 euros para la viuda y de 30 000 para cada uno de los hijos.

Otro caso similar es el de la sentencia del Tribunal Supremo nº 56/2008 de 28 enero, que se dictó ante una denegación de auxilio para asistir externamente a una persona que se encontraba en situación de riesgo para su salud a unos 50 metros del centro médico donde el acusado desempeñaba sus funciones. Los hechos describen como el conductor de un vehículo que sufrió un episodio cardíaco perdió el control del mismo empotrándose contra unos contenedores, ante la gravedad que presentaba el mismo una persona llamó telefónicamente a los servicios sanitarios de emergencia y otro ciudadano se dirigió a un centro de salud para solicitar ayuda, el que se encontraba a unos 50 m del lugar del suceso, comunicada la situación de necesidad de asistencia sanitaria al médico del centro, este se limitó a llamar a los servicios de emergencia, sin salir a ver lo que sucedía, no habiendo fallecido el conductor cuando tuvo conocimiento del hecho el acusado. Dice la sentencia que "la única justificación que podría alegar, derivada de la no exigibilidad de otra conducta, sería la de encontrarse, en el momento de ser requeridos sus servicios, realizando un acto médico cuyo abandono pudiera, a su vez, suponer un riesgo para el paciente que estaba atendiendo".

En el caso específico de los enfermeros, en su Código Deontológico, en su artículo 4, dice lo siguiente:

“La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos, que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, **la Enfermera/o está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud**”.

En el artículo 15, señala lo siguiente:

“**La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cual pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas**”.

En el artículo 52, se dice lo siguiente:

“**La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aquejen. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes**”.

En el artículo 53, se dice lo siguiente:

"**La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientado su atención hacia las personas que requieran sus cuidados**".

La objeción de conciencia en el ámbito de la Enfermería está reconocida expresamente en el artículo 9, letra l), de los Estatutos generales (Real Decreto 1.231/2001, de 8 de noviembre) de la Enfermería y en el artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería española :

Artículo 9. Derechos de los colegiados. Los colegiados tendrán los derechos siguientes:

(…)

l) A la objeción de conciencia y al secreto profesional, **cuyos límites vendrán determinados por el ordenamiento constitucional y por las normas éticas de la profesión recogidas en el Código Deontológico**".

Algunos de ellos, están usando el artículo 22 del citado Código para no atender a pacientes no "vacunados"; dicho artículo dice:

"De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a **la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto"**, es decir, se deduce que la objeción debe ser un "acto" individual de cada sanitario que la solicite y para cada caso, no como una regla general, por ejemplo al aborto; en ningún momento se habla de objeción de grupos de sanitarios de forma simultánea o hacia colectivos como por ejemplo, los "no vacunados". Independientemente de cual sea la razón, se transforma en discriminación, de la cual, ya hemos hablado en el presente informe. "El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún/a Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho".

En palabras del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, se entiende por "objeción de conciencia" la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia. El Estado de Derecho, en la medida en que reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, puede regular el ejercicio de la objeción de conciencia como manifestación del pluralismo ético y religioso presente en la sociedad. La objeción de conciencia consiste en manifestar la incompatibilidad entre los dictados de la conciencia individual y determinadas normas del ordenamiento jurídico al que la persona se encuentra sujeta, con objeto de ser eximida de llevarlas a cabo sin sufrir sanción. El concepto de objeción de conciencia incluye los siguientes elementos:

- La existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento, cuyo contenido puede afectar a las creencias religiosas o morales de los

individuos, y que no puede obviarse sin incurrir en sanción. Es necesario que el contenido de la norma jurídica sea tal que pueda resultar incompatible con las convicciones morales o religiosas de los individuos y **no meramente contrario a ciertas opiniones o intereses personales de éstos**.

- La existencia de un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, requisito sobre el que el ordenamiento jurídico puede requerir verificación.

- La ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto entre una o varias normas y la conciencia individual o posibiliten alternativas aceptables para el objeto.

- **La manifestación del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia, sin que sea relevante la mera presunción sobre la existencia de conflicto**. En consecuencia, son inválidas las manifestaciones realicen terceras personas en nombre de algún colectivo.

Aunque no se cuestiona el fundamento ético de la objeción de conciencia, no es unánime la opinión de que la objeción deba ser considerada y, por tanto, regulada como un derecho fundamental autónomo, reconocido en el artículo 16 de la Constitución, respecto del cual el Estado quedaría obligado a su tutela y garantía. Algunos consideran que se debe reconocer la objeción de conciencia como forma de dar solución a la tensión que, en determinados casos, se produce entre la conciencia individual y las normas jurídicas de obligado cumplimiento para el sujeto. En cualquier caso, la objeción de conciencia está relacionada con el derecho fundamental a la "libertad ideológica y religiosa", establecido por la Constitución Española en su artículo 16,1: "Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley". Como es sabido, **la única forma de objeción de conciencia explícitamente regulada por la Constitución es la objeción al servicio militar** (art. 30.2), por lo que, respecto de otras objeciones de conciencia, se discute si cabe aceptar la existencia de un derecho general a actuar de acuerdo con los dictados de la conciencia o, por el contrario, conviene especificar en cada caso los límites y justificación de la objeción a fin de que ésta tenga el debido reconocimiento jurídico.

Partiendo de la obligación ya existente para los poderes públicos de regular, por ejemplo, la objeción de conciencia al aborto, derivada de las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 2/2010, conviene plantearse si tal objeción debe ser complementada de modo que se regulen otras situaciones frecuentes en el ámbito de la salud y la asistencia sanitaria. Existen, profesionales sanitarios que se niegan a ser partícipes de algunas prestaciones sanitarias aludiendo a que su conciencia les obliga moralmente a rechazarlas. **Otra realidad de nuestro tiempo es el reconocimiento**

de la autonomía de la persona como principio moral fundamental; un principio al que se acoge tanto el objetor de conciencia, como la persona que acude al servicio sanitario público en busca de una prestación permitida y garantizada por la ley.

Se produce, en consecuencia, un conflicto entre el derecho a la libertad del profesional objetor y el de la persona que solicita una prestación que puede ser objetada por dicho profesional. Por una parte, ésta reclama su derecho a ser atendida por el servicio público sanitario, en tanto los objetores se acogen al derecho a la libertad ideológica para negarse a ejecutar ciertas prácticas. Visto de otra forma, el conflicto se da entre el deber del objetor a obedecer a su conciencia, y el de ese mismo objetor, como profesional de la sanidad, a atender sus obligaciones como empleado público.

No hay una posición clara de nuestro Tribunal Constitucional en relación con la objeción de conciencia. En un primer momento (1985), a propósito del aborto, afirmó que el citado derecho de objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se halla dictado o no una ley reguladora de esta materia, añadiendo que la objeción forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el arto 16.1 de la Constitución, de manera que es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales. Sin embargo, posteriormente (1987), a propósito de la objeción de conciencia al servicio militar, declaró que **la objeción de conciencia con carácter general, es decir el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las convicciones personales, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma del Estado y que lo que puede ocurrir es que se admita excepcionalmente respecto a un deber concreto, para lo cual es necesario la interposición de una ley que así lo reconozca.**

El Tribunal Supremo, en la senda del Tribunal Constitucional, rechaza que tenga cabida en nuestro ordenamiento constitucional un derecho general a la objeción de conciencia susceptible de hacerse valer pese a no contar con un reconocimiento formal en el texto fundamental o en la ley y que pueda sustentarse en el artículo 16 de la Constitución (derecho a la libertad ideológica o religiosa), señalando como argumentos los que a continuación se mencionan:

En primer lugar, **el único supuesto en el que la Constitución contempla la objeción de conciencia frente a la exigencia del cumplimiento de un deber público es el de la objeción de conciencia al servicio militar**.

En segundo lugar, **el Tribunal Constitucional solamente ha admitido, fuera de ese caso, el derecho a objetar por motivos de conciencia del personal sanitario que ha de intervenir en la práctica del aborto en las modalidades en que fue despenalizado**.

La libertad religiosa e ideológica no solo encuentra un límite en la necesaria compatibilidad con los demás derechos y bienes constitucionalmente garantizados, sino que topa con un límite específico y expresamente establecido, cual es "el mantenimiento del orden público protegido por la ley".

Entiende el Tribunal Supremo que la objeción de conciencia del personal sanitario en el caso de la interrupción del embarazo es un supuesto límite, por lo que es muy difícil extraer del mismo un principio general, siendo más claro el precedente relativo a la condena penal de unos padres que, a causa de sus creencias religiosas, no autorizaron una transfusión sanguínea para su hijo menor, que luego falleció. Ciertamente, el Tribunal Constitucional consideró que la condena penal impuesta a los mismos supuso una violación de la libertad religiosa de los padres, lo que al menos implícitamente supone admitir que la libertad religiosa puede tener algún reflejo en el modo de comportarse.

Según la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, el ejercicio de dichas profesiones se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas por la ley y por los principios y valores contenidos en el Código Deontológico. La referencia a los principios y valores deontológicos, como límite para el ejercicio de las profesiones sanitarias, otorga a las normas colegiales (donde se contienen los citados principios y valores) una fuerza legal indiscutible. Tiene dicho nuestro Tribunal Constitucional que **los códigos deontológicos no constituyen simples tratados de deberes morales, sino que determinan obligaciones de necesario cumplimiento para los colegiados, si bien la legitimidad para su establecimiento y para su exigencia de respeto deriva de las potestades públicas delegadas por la ley a favor de los colegios, siendo éste el supuesto que contemplamos, que supone una remisión legislativa**.

El problema del contenido tampoco puede desligarse del análisis de los límites del derecho, que se establecen, exigiendo el mínimo sacrificio del derecho imprescindible para la protección del interés constitucional que el Estado exhibe como conflictivo con la libertad de conciencia.

Los límites que existen por razones subjetivas están para el objetor: en la relación privada de trabajo, la libertad de empresa y las exigencias de la organización productiva (no ya los rígidos márgenes del contrato de trabajo, como sabemos), y para el personal estatutario y funcionario al servicio de la Administración Sanitaria, el principio de jerarquía y el buen funcionamiento del servicio público sólo operativo para el personal no sanitario y para el personal directivo. Estos límites sólo presentan actividad cuando el empleador público o privado demuestra objetivamente la imposibilidad de sustitución del objetor en la tarea conflictiva para su conciencia.

Analicemos un caso práctico de objeción de conciencia de enfermeros y médicos que se dio en España en 2012 y que ahonda en los límites de la objeción. El caso se refiere a lo que sucedió con la atención sanitaria a inmigrantes ilegales y que

es perfectamente extrapolable a la atención de personas no "vacunadas" como "colectivo":

El Consejo General de Enfermería advirtió a los enfermeros sobre la "inviabilidad jurídica" de la figura de la objeción de conciencia ante casos de no beneficiarios de la asistencia sanitaria en España. Por ello, tratar a inmigrantes en situación irregular podía ser considerado como "desobediencia civil o insumisión" con todas las consecuencias jurídicas, judiciales y laborales que esto conlleva. Tras consultar con los servicios jurídicos de la organización, se constató que "no cabía esta figura en este supuesto".

En este sentido, se aclara que el Ministerio de Sanidad es la única entidad estatal con plena competencia para decidir y determinar qué personas pueden acceder a las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos. Por ello, cuenta con la potestad de acudir al Estado de Derecho y así hacer cumplir dichas normas si no se acata la obligación de los sanitarios de seguirlas. El consejo subraya que las discrepancias deben ser puestas en valor a través de los trámites legales. No obstante, dentro de los mismos "no se encuentra la objeción de conciencia".

En relación a ello, se especifica que esta figura sólo puede considerarse como un derecho individual, nunca colectivo. **Además, se observa que afirmar la soberanía de la conciencia en cualquier supuesto, sin restricciones ni límites, significa convertir el estado de derecho "en algo materialmente impracticable**".

Por todo lo anterior, **el consejo recuerda la imposibilidad de objetar ante las medidas adoptadas por Sanidad**. Es decir, que según lo que marca la ley, que es lo que reconoce Sanidad que es la institución que dicta las normas sanitarias y a las cuales, está sujeto todo el personal sanitario por orden jerárquico y que, por tanto, deben obedecer; cualquier persona con derecho a asistencia sanitaria, tiene que ser atendida, por encima de cualquier objeción de conciencia.

La objeción se admitiría como válida sólo cuando existe una participación directa del profesional, como sería en el caso de un aborto, practicar la intervención, la prescripción de medicamentos con fines abortivos o la prestación de servicios de anestesia y de enfermería durante el procedimiento. Por otra parte, se ha reportado la negativa del profesional farmacéutico para despachar receta por anticoncepción de emergencia a una víctima de violación, situaciones lamentablemente también reportadas por otros autores. Respecto de este punto, existe **jurisprudencia en la Corte Europea de Derechos Humanos al determinar que los farmacéuticos podían manifestar su libertad de conciencia respecto a sus convicciones religiosas en la esfera de su vida privada o personal, sin negar las diligencias necesarias para proveer las prescripciones referentes a esta anticoncepción**. Estas diferentes posturas han sido determinantes para que algunas organizaciones profesionales hayan establecido directrices éticas para guiar al personal sanitario respecto a la

objeción de conciencia, las que, si bien **reconocen el derecho profesional para objetar, también reconocen el derecho de la población a recibir una atención de calidad sin riesgo para su vida y su salud, planteando alternativas que no perjudiquen a ninguna de las partes involucradas, recomendando: la derivación oportuna del paciente a un profesional no objetor, el traslado oportuno del paciente a otro centro asistencial, la no posibilidad de objetar frente a situaciones de emergencia, evitar prácticas discriminatorias, el respeto por las diferencias personales y culturales en la relación profesional-paciente y entre los propios profesionales**.

Es fundamental reconocer la existencia de límites, siendo indispensable preguntarse: ¿existe como consecuencia de esta objeción un perjuicio directo para la vida o la salud del paciente? ¿Existe disponibilidad de que otro/a profesional ejecute o brinde la atención en salud que el paciente necesita? ¿Es factible plantear la derivación del paciente a otro profesional o a otro centro asistencial para que se le brinde la atención necesaria? ¿Qué sucederá en aquellas situaciones de urgencia en las que es imprescindible ejecutar la acción objetada para salvar la vida del paciente? ¿Qué sucederá en aquellas situaciones en las que el único profesional disponible es el profesional objetor? ¿Es deber del objetor explicitar frente al paciente o frente a su superior jerárquico su objeción de conciencia? ¿En qué momento de la atención en salud el objetor debe explicitar su objeción de conciencia? ¿Puede el objetor manipular la información e incluso ocultar parte de la información al paciente o autoridades por considerar que al hacerlo se transforma en facilitador del acto que va en contra de su conciencia? ¿Puede un profesional negarse a cumplir un acuerdo tomado por el equipo médico tratante por discrepar de la decisión? ¿Debe el profesional respetar la voluntad y autonomía del paciente aun cuando vaya en contra de su conciencia?

Todas estas interrogantes, y posiblemente otras, se deben evaluar considerando que el derecho **a la objeción de conciencia no puede ser absoluto si involucra la vida o la salud de otros**, debiendo las decisiones involucrar el contexto en el que se desarrolla la problemática, considerando el derecho fundamental de la dignidad humana, respetando el sistema de valores, de creencias y convicciones tanto del profesional objetor, como de la o las persona (s) posiblemente afectadas. **El conflicto se presenta cuando se contraponen el derecho a la libertad de conciencia y la autonomía del profesional objetor, versus el derecho a la autonomía y necesidad de atención en salud del paciente, considerando que la salud y la vida son bienes jurídicos que hay que asegurar por encima de un deber de obediencia u objeción de conciencia**. El problema se hace más patente cuando esta objeción formulada por un profesional se contrapone con el también legítimo derecho del otro u otros para recibir una atención en salud que está respaldada por ley.

En general, la objeción de conciencia por parte del profesional sanitario debiera respetarse cuando se trate de una verdadera objeción, que no se confunda con una medida para imponer una determinada postura ética o religiosa, o como un acto discriminatorio hacia los pacientes o una forma de eludir responsabilidades por parte del profesional frente a hechos

conflictivos. **Es prioritario que bajo ninguna circunstancia se determine una acción de maleficencia o perjuicio para la vida o salud del paciente**. Por otra parte, debe existir la seguridad de que otro profesional pueda resolver adecuadamente el problema de salud al que se objeta y cuya prestación se encuentra respaldada por ley. También se considera el traslado oportuno y eficaz del paciente a otro centro asistencial, siempre que las condiciones del momento lo permitan, siendo una excepción las situaciones de urgencia, en la que la gravedad de la condición clínica o las serias consecuencias en la salud del paciente, así como otras situaciones que pueden llegar a involucrar incluso la seguridad de otras personas, no permitan este traslado en forma expedita.

Respecto de los deberes del profesional, se considera que debe explicitar con anterioridad su objeción al superior jerárquico, para que la institución pueda tomar los resguardos necesarios, garantizando el acceso de la población a los mejores estándares de salud, respaldados por la legalidad vigente en esa comunidad. El objetor debiera exponer lo más precozmente posible ante su paciente las situaciones que motivarán su objeción, otorgando la libertad y facilidad para que el paciente opte por otro profesional, planteando incluso que el profesional objetor efectúe la derivación a un profesional no objetor; siempre que no estemos en una situación de emergencia sanitaria y siempre que no se haga causando una discriminación del paciente.

Vamos a analizar, a modo de ejemplo, un caso particular y la respuesta legal de un abogado:

Una enfermera (es decir, un único sanitario de forma individual) que trabaja en un centro sociosanitario, en el que ingresa hace unos días un **paciente**, procedente de una residencia, en fase final de vida, con **una disfagia severa y un GDS 7** (es decir, un caso concreto de un paciente, no general para todos los pacientes en las mismas circunstancias). **La coordinadora le indica que le coloque una sonda nasogástrica solicitada por la familia** (orden directa de un superior jerárquico), a lo que **la enfermera se niega** y no se la coloca ya que **no le parecía ético llevar a cabo esta técnica cruenta, dada la situación del paciente** (no ha informado previamente y por escrito a sus superiores jerárquicos).

Al día siguiente, **esta misma coordinadora y el director del centro, le entregan un documento con acuse de recibo en el que le solicitan devuelva contestación con los motivos que justifiquen su negativa a la realización del procedimiento y a la recolocación de la sonda en caso de que el paciente se la retire**.

En primer término y sin ni siquiera entrar a valorar la decisión que toma de no colocar la sonda nasogástrica, manifestar que, **respecto de un deber profesional, como es cumplimentar la orden dada por su coordinador de colocar dicha sonda nasogástrica**, **el profesional debería haber explicitado anterioridad su objeción de conciencia al superior jerárquico**, para que la institución o centro sociosanitario en este caso, hubiese puesto los medios necesarios, garantizado el acceso de

los pacientes a los mejores estándares de salud, respaldados por la legalidad vigente, pudiéndose asi optar por otro profesional.

Si la objeción de conciencia se plantea como un derecho, basado en la libertad de conciencia individual de las personas, también deberá reconocerse el derecho de los pacientes a una atención de salud de calidad, con respeto a su dignidad y necesidades, y a la voluntad de los pacientes y, en su caso, de sus familiares.

Sobre este último apartado deben ser tenidos en cuenta el art 5.3 y sobre todo el artículo 9.3, a) y 9.6 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En la práctica clínica suelen producirse estos conflictos de tensión creciente cuando se plantean situaciones relacionadas con esta y otras materias, donde se confrontan los derechos del paciente con los derechos y deberes del profesional "objetor". No podemos dejar de mencionar algo importantísimo, como es que ***los familiares habían solicitado que se le recolocara dicha sonda y que ello debería primar si no existe un documento del enfermo de voluntades anticipadas***, como en este caso. Como hemos visto, **la legislación prevé expresamente que se tenga en cuenta la voluntad del paciente o de sus familiares para prestar o no una asistencia, por encima de cualquier objeción**.

Analicemos el único "campo sanitario" en el que la justicia ha reconocido la objeción de conciencia (es decir, el más favorable judicialmente para el objetor), el aborto:

La regulación contenida en el segundo párrafo del artículo 19.2 de la LO 2/2010 se caracteriza por contener, de forma casi exclusiva, una enumeración de los límites que se establecen para el ejercicio de la objeción de conciencia al aborto. De forma resumida, las restricciones serían las siguientes:

- Sólo podrá ejercitarse por los profesionales sanitarios directamente implicados en la IVE.
- **El ejercicio del derecho no podrá menoscabar el ejercicio ni la calidad de la asistencia a la abortante**.
- **Se requiere que se haga con carácter previo y por escrito**.
- La objeción **no impedirá que los profesionales sanitarios dispensen tratamiento y atención médica a las mujeres que soliciten la interrupción de su embarazo, antes y después de la práctica del aborto**.

Hemos de partir de la idea de que la objeción de conciencia al aborto se incluye dentro del contenido esencial de la libertad ideológica, religiosa y de culto,

por lo que el legislador debe respetar los criterios que el Tribunal Constitucional establece para fijar restricciones a los derechos fundamentales al regular su ejercicio:

- Los derechos fundamentales sólo pueden ceder ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga, o ante los que de manera mediata o indirecta se infieran de la misma con el fin de preservar otros derechos o bienes jurídicamente protegidos.
- Los límites que se establezcan no pueden obstruir el derecho fundamental más allá de lo razonable.
- Se debe atender a la proporcionalidad entre el derecho que se sacrifica y la situación en la que se halla aquél a quien se le impone la misma.
- En todo caso, ha de respetarse el contenido esencial del derecho.

A lo anterior hay que añadir el principio, fijado por la jurisprudencia constitucional, en virtud del cual la interpretación de las normas del ordenamiento jurídico debe realizarse de la forma más favorable a la efectividad de los derechos fundamentales.

Resulta procedente examinar dos límites a la objeción: no puede menoscabar el acceso y la calidad asistencial de la IVE y no impide la obligación de dispensar, en todo caso, tratamiento y atención médica a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido al aborto:

El derecho a la objeción de conciencia respecto al aborto, según la jurisprudencia constitucional, constituye parte del contenido esencial de derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto, regulada en el artículo 16 CE, dentro de la Sección Primera, Capítulo II, Título I, con el rango de derecho fundamental. Por otra parte, el derecho a la prestación sanitaria se incardina en el ámbito del derecho a la salud, comprendido en el artículo 43 de la Carta Magna, que a su vez está incluido en el Capítulo III del Título I, bajo el epígrafe "De los principios rectores de la política económica social". De lo anterior, así como de la confrontación entre los distintos niveles de protección que señala el artículo 53 CE para ambos derechos, resulta una conclusión: caso de existir un conflicto irreductible entre ambos derechos, será el derecho a la atención sanitaria el que deberá primar.

Otras fuentes consultadas para este apartado: ((53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63)).

CONCLUSIONES

Científicas

- El virus que supuestamente causa la enfermedad conocida como Covid-19, no hay pruebas claras de que haya sido aislado; así lo confirman 137 instituciones a nivel mundial y los autores de las publicaciones que decían haberlo aislado al principio de la supuesta pandemia, ya que no aportan ninguna prueba clara de haberlo logrado. Es un virus Frankenstein que ha sido inventado y cosido usando secuencias de bases de datos genómicas. Nunca se ha aislado y purificado adecuadamente para que pueda secuenciarse de un extremo a otro una vez derivado de tejido vivo; en cambio, se ensambla digitalmente a partir de una base de datos informática.

  Cuando afirman que recogen ARN de SARS de los pacientes mediante la técnica de la RT-PCR, sabemos que en realidad no es así, lo que recogen realmente son fragmentos de coronavirus endógenos humanos en fase extracelular y cuando afirman que secuencian el genoma completo del SARS de un paciente, es porque rellenan los huecos que les faltan (porque la RT-PCR sólo detecta pequeños fragmentos de ARN), con plantillas recogidas de bases de datos genómicas, usando un ordenador.

  Por lo tanto, ahora mismo, con las pruebas de que disponemos, creer en su existencia, es un acto de fe.

- Los métodos que se utilizan para diagnosticar el supuesto virus, no son válidos para tal objetivo. Solo se detectan fragmentos del virus si la PCR da positivo a los 24 ciclos de amplificación, una PCR por encima de 35 ciclos no es fiable. Se sabe que todas las pruebas RT-PCR que se han hecho en España para SARS-CoV-2, se han realizado entre 40 y 45 ciclos de amplificación, lo cual, supone muchos claros falsos positivos y por tanto, que los datos de contagios y fallecimientos, estén inflados. La RT-PCR diseñada para el SARS-CoV-2 carece de especificidad, no detecta únicamente al SARS-CoV-2, está detectando retrovirus endógenos humanos en su fase extracelular. Un diseño que se basa simplemente en parientes genéticos cercanos, no cumple el objetivo de una "prueba de diagnóstico sólida" y, por lo tanto, inevitablemente se producirán como resultado falsos positivos por reactividad cruzada.

  El umbral (Ct) (ciclos de amplificación) considerado por las autoridades, da como resultado diagnósticos positivos en personas que no representan ningún riesgo de transmisión del virus. La probabilidad de cultivar el virus cae al 8% en muestras con niveles de Ct por encima de 35. Por encima de ese Ct, resulta imposible aislar una secuencia completa del virus y cultivarla. La respuesta binaria de un test ("sí/no") no es suficiente, es la

cantidad de virus lo que debe dictar el curso de acción para cada paciente examinado. Entre el 85 y el 90% de las personas que dieron positivo con un Ct de 40, se habrían considerado negativas con un Ct de 30. Los expertos recomiendan utilizar un umbral máximo de Ct de 30.

En lo que se refiere a los otros test, el de anticuerpos, presenta una escasa sensibilidad y especificidad y el de antígenos, presenta una sensibilidad inferior al 30% y por tanto, no es aconsejable introducirlos en la rutina de diagnóstico.

Aún suponiendo que fueran fiables, un verdadero positivo en la PCR no significa una persona infecciosa ni capaz de contagiar, ya que la PCR solamente detectaría pequeños fragmentos del genoma vírico. Un positivo en RT-PCR jamás puede ser considerado como un contagio o caso de enfermedad, ya que esta prueba además de inespecífica, no detecta partículas virales viables, sino fragmentos de ARN en este caso.

Por si fuera poco, una mala praxis en la ejecución de un test PCR puede provocar complicaciones muy graves en el paciente, por las estructuras vitales adyacentes, como hemorragias nasales, rotura del tabique nasal e incluso fuga de líquido cefalorraquídeo. Se pueden producir daños en el piso frontal del cráneo y una brecha de este tipo, puede ser una vía de paso de virus, bacterias u hongos, y aumentar significativamente el riesgo de tener meningitis.

Todavía hay más; se ha encontrado óxido de etileno (sustancia tóxica, mutagénica y cancerígena cuando se inhala) en los hisopos tanto de los PCR como de las pruebas rápidas, en una concentración 7.2 veces mayor de la permitida según las pautas gubernamentales actuales. Incluso pequeñas cantidades de óxido de etileno mucho más bajas que las que se encuentran en las pruebas rápidas y PCR, causan cáncer. Para hacernos una idea de la gravedad, en agosto las autoridades sanitarias ordenaron la retirada del mercado de los productos alimenticios que contenían niveles más bajos de óxido de etileno que los que contienen los hisopos.

- Es falso que los “asintomáticos” sean la principal forma de transmisión del virus. Aunque muy poco probable, si existiera, siempre sería en mucha menor proporción que las personas sintomáticas; la tasa de transmisión es hasta 20 veces menor. La probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, es significativamente menor que el 1%. Para poder asegurar que los asintomáticos existen realmente, primero habría que demostrar la existencia del virus y luego, disponer de otros métodos de diagnóstico, ya que los métodos actuales como el PCR (97% de error), presentan muy poca especificidad y fiabilidad; y por último, demostrar con esos nuevos métodos de diagnóstico, que el supuesto virus se transmite por el aire.

Por tanto, a día de hoy, creer en la figura del asintomático, también es un acto de fe.

- La trasmisión por vía aérea (gotas y aerosoles) no está probada científicamente. La neumonía característica de la Covid-19 es bilateral, simétrica e intersticial, lo que prueba que la patogenia se produce a través de la sangre, ya que en el intersticio pulmonar se encuentran los capilares sanguíneos. Analizando lo dicho y aceptando que la Covid-19 está producida por el SARS-CoV-2 y que el receptor celular de dicho coronavirus, es el ACE2; y sabiendo que este virus no puede ser cultivado en células pulmonares naturales y que el receptor ACE2 no se encuentra en tejido pulmonar, tenemos que concluir necesariamente que la Covid-19 no se trasmite por vía aérea y que las mascarillas son inútiles para frenar la trasmisión. Incluso a nivel casero, la transmisión del virus por cualquier vía, es muy escasa, y la transmisión en superficies también cuenta con muy baja probabilidad de suceder.

  Es importante saber que la Covid-19 es una infección estacional asociada a temperatura y humedad bajas, similar a la gripe estacional y los otros coronavirus del resfriado común. Los resultados de los estudios muestran una correlación negativa entre la tasa de transmisión (Ro) y la temperatura y humedad a nivel global: mayores tasas de transmisión se asocian con temperaturas y humedad más bajas.

- Los encierros no solo no evitaron el contagio, sino que fueron contraproducentes, hasta tal punto, que los niños nacidos durante los encierros muestran deterioro en sus funciones cerebrales y además, provocaron que en Inglaterra se suicidaran 5 veces más niños de los que murieron por Covid o que a nivel mundial haya un aumento sin precedentes del suicidio infantil; recordemos que cerraron colegios con el pretexto de un supuesto bien común, partiendo de la premisa de que eran focos de contagios y considerando a los niños como portadores peligrosos y, al igual que con todo lo demás, también en este caso se ha demostrado que fue un error, al no tener justificación científica alguna que lo respaldara.

  Los niños han estado experimentando crisis de salud mental desde marzo de 2020, 1 de cada 4 ha tenido síntomas de depresión, mientras que aproximadamente 1 de cada 5 ha tenido síntomas de ansiedad. Los bebés que nacieron durante 2020 y 2021 presentan una puntuación cognitiva general, de motor y verbales más bajas en comparación con los niños que nacieron entre 2011 y 2019. La puntuación promedio del CI de los niños que nacieron entre 2011 y 2019 está entre 98.5 y 107.3. Sin embargo, en los niños que nacieron en 2020 y 2021, está entre 78.9 y 86.3.

  Además de los los cierres de negocios y escuelas, las restricciones a realizar reuniones, la suspensión de eventos artísticos y deportivos y las intervenciones en la libertad de circulación; los encierros tuvieron otras consecuencias: problemas de salud mental, hambre y pobreza, desempleo,

problemas educativos, problemas en la atención sanitaria, delitos o incluso pérdidas en la gastronomía.

- Lo que llamaron "distanciamiento social", no resulta efectivo y el uso de mascarillas a modo de protección y para evitar la propagación, no tiene ninguna base científica que lo justifique, no sólo no protege del contagio, sino que además es tremendamente peligrosa para el ser humano, pudiendo ocasionar graves problemas de salud, especialmente en niños. Utilizar mascarillas, el distanciamiento social y los confinamientos, han creado un entorno en el que se ha impedido que los seres humanos entren en contacto con las estrategias ambientales que apoyan y estimulan su sistema inmunológico reduciendo el riesgo de infectarse. Son los bebés y los niños quienes podrían tener la respuesta más negativa al distanciamiento social. Algunos expertos están llamando a una gran cantidad de infecciones por VRS en bebés una "deuda de inmunidad" que se creó cuando los bebés que nacieron durante 2020 no estuvieron expuestos a otros patógenos. Los niños nacidos durante los encierros, además, muestran deterioro en sus funciones cerebrales. Aunque es posible que los efectos a largo plazo del distanciamiento social, el uso de mascarillas y los confinamientos no se aprecien por completo durante años, se sabe que los efectos psicológicos del aislamiento social, incluyendo la soledad y el estrés, pueden afectar a nuestra respuesta inmunológica inmediata, lo cual, facilita la infección de agentes patógenos.

  Dentro de las medidas impuestas por los distintos gobiernos, el uso de mascarillas tiene un papel destacado. Pueden ocasionar problemas de salud de diferente naturaleza, especialmente en los niños, tales como: hipoxemia, hipercapnia, isquemia miocárdica, serias arritmias, disfunción ventricular, mareos, hipotensión, síncope, hipertensión pulmonar, pérdida de masa muscular, eritemas, agravamiento de patologías cutáneas faciales ya existentes, rinitis, afecciones del metabolismo, pérdida de reflejos o daños del sistema inmunológico. Pueden causar la supresión del sistema inmunológico hasta promover el desarrollo de tumores o lo que se conoce como síndrome de agotamiento inducido por una mascarilla (MIES). Hay efectos negativos en los órganos internos y el sistema nervioso central. Hay una expansión de los vasos sanguíneos en el cerebro, lo que puede provocar dolores de cabeza, pero también reacciones de pánico y ansiedad. Demasiado CO_2 en la sangre también puede aumentar la presión arterial. Si se usa la mascarilla durante períodos prolongados, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria aumentan y la profundidad de la respiración disminuye. El trabajo respiratorio en constante aumento causa daños en la sangre y las arterias coronarias y el aumento de los latidos del corazón podría causar enfermedades neurológicas y cardíacas.

  Para muchas enfermedades, como la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), la enfermedad renal crónica o los trastornos de pánico, se deben emitir certificados de liberación de mascarillas. Esto también sería importante para las mujeres embarazadas, ya que los niveles

excesivamente altos de CO_2 en la sangre pueden tener un impacto negativo en el feto.

El uso incorrecto generalizado puede provocar la acumulación de gérmenes en la mascarillas, entre otros; hongos, virus de la influenza o diversos patógenos que causan neumonía. Existe la posibilidad de que algunas enfermedades sean causadas en primer lugar por el uso de una mascarilla. Se han encontrado cosas muy peligrosas en ellas después de usarlas: Streptococcus pneumoniae (neumonía), mycobacterium tuberculosis (tuberculosis), neisseria meningitidis (meningitis, sepsis), acanthamoeba polyphaga (queratitis y encefalitis amebiana granulomatosa), acinetobacter baumanni (neumonía, infecciones del torrente sanguíneo, meningitis, infecciones urinarias, resistentes a los antibióticos), escherichia coli (intoxicación alimentaria), borrelia burgdorferi (causa la enfermedad de Lyme), corynebacterium diphtheriae (difteria), legionella pneumophila (enfermedad del legionario), staphylococcus pyogenes serotipo M3 (infecciones graves, altas tasas de morbilidad) o staphylococcus aureus (meningitis, sepsis).

El uso de ciertos tipos de mascarillas durante largos períodos de tiempo podría provocar la inhalación profunda de sustancias químicas potencialmente peligrosas y microplásticos dañinos en los pulmones humanos. Los usuarios de mascarillas corren el riesgo de respirar carcinógenos, alérgenos y diminutas microfibras sintéticas al usar tanto textiles como mascarillas quirúrgicas no tejidas, durante largos períodos de tiempo. Se han encontrado concentraciones elevadas de fluorocarbonos peligrosos, formaldehído y otras sustancias potencialmente cancerígenas en las mascarillas quirúrgicas. Pruebas preliminares en mascarillas quirúrgicas usadas, encontraron rastros de productos químicos como la conocida anilina cancerígena, así como formaldehído y abrillantadores ópticos, ambos muy restringidos en bienes de consumo por parte de las autoridades europeas y estadounidenses a concentraciones mínimas de partes por millón. También se ha demostrado la presencia de compuestos como los diisocianatos bloqueados de la oxima de 2-butanona (cancerígenos) utilizados como reticuladores de perfluorocarbonos (PFC) en mascarillas faciales. Parece que se ha aplicado como repelente de líquidos; funcionaría para repeler el supuesto virus en forma de gotas de aerosol, pero el PFC en la cara, la nariz, las membranas mucosas o los ojos no es bueno.

También se han encontrado niveles significativos de otros contaminantes. Micro/nanopartículas y metales pesados liberados en el agua durante todas las pruebas, lo cual, tiene un impacto ambiental sustancial y, además, plantea la cuestión del daño potencial a la salud pública ya que la exposición repetida podría ser peligrosa ya que las sustancias encontradas tienen vínculos conocidos con la muerte celular, la genotoxicidad y la formación de cáncer.

Las mascarillas se convierten en placas de Petri cargadas de patógenos en la cara de las personas, pueden restringir la ingesta de oxígeno e inducir

niveles peligrosamente altos de dióxido de carbono en el torrente sanguíneo de las personas, pueden introducir micropartículas de plástico nocivas para la salud en los sistemas del usuario, pueden causar problemas en la piel, pueden exacerbar ansiedad y dificultades respiratorias en los niños, y puede conducir a un desarrollo facial alterado en los niños debido a la respiración bucal continua. Además, están las consecuencias psicológicas y sociales muy graves.

Recientemente se ha observado que las mascarillas con pequeñas fugas (que en conjunto representan del 0.5 % al 2 % del área total de la mascarilla) tienen una reducción de la eficacia total de filtración de la mitad a dos tercios del valor obtenido con la misma mascarilla, pero sin fugas. Dichas fugas, aumentarán cuando más rápidamente respiremos, por ejemplo, cuando caminamos o hacemos ejercicio (más respiraciones/minuto). Si la mascarilla tiene fugas por el diseño o porque la llevamos mal colocada, será mala, aunque el material, teóricamente, fuera bueno.

Por tanto, creer que las mascarillas ayudan a controlar la supuesta pandemia, creer en la existencia del virus y creer que ese supuesto virus causa el síndrome conocido como Covid-19; son todos actos de fe, puesto que no cuentan con pruebas científicas que les puedan servir a modo de respaldo. No debemos olvidar que en los países en los que no se usa la mascarilla, se acercan a cero muertes diarias y presentan mejores datos de contagios que otros países con mandatos de mascarillas.

- La proteína S o Spike, no se debería usar de ninguna forma, por ser patógena. Las “vacunas” de ARNm pueden reprogramar el sistema inmunitario de forma que sea permisiva para el crecimiento del cáncer ya que la proteína puede estar uniéndose a genes supresores de tumores en el cuerpo e inactivándolos.

  Las proteínas de la “vacuna" penetran en los núcleos de las células y causan estragos en el mecanismo de reparación del ADN de las células, suprimiendo la reparación del ADN en un 90%. Como resultado, se introducen los siguientes "errores" en los cromosomas dentro de los núcleos de las células humanas, todo debido a la presencia de la proteína de pico de las “vacunas” de ARNm:

  - Mutaciones o "errores" en la secuencia genética.
  - Supresiones de segmentos enteros de código genético.
  - Inserciones de segmentos incorrectos.
  - Mezcla y emparejamiento / permutaciones de código genético.

  Estos errores, cuando se expresan a través de la división y replicación celular, dan como resultado:

- Una explosión de cáncer y tumores cancerosos en todo el cuerpo.
- Pérdida de producción de células T y B del sistema inmunológico (es decir, inmunodeficiencia inducida).
- Trastornos autoinmunes.
- Envejecimiento acelerado y reducción de la longitud de los telómeros.
- Pérdida de funcionamiento de sistemas de órganos complejos como circulatorio, neurológico, endocrino, musculoesquelético, etc.
- Daño celular que se asemeja al envenenamiento por radiación cuando las células se destruyen a sí mismas desde adentro.

Muchos de estos efectos son, por supuesto, fatales. Otros cargarán a las víctimas de la “vacuna” con horribles lesiones debilitantes y disfunciones de órganos que requerirán una intervención médica de por vida. Las personas expuestas a la radiación 5G, los exámenes de mamografía, los plastificantes químicos en los productos alimenticios y los carcinógenos en los productos de cuidado personal (detergentes para ropa, perfumes, champús, lociones para la piel, etc.) no podrán reparar el daño del ADN causado por esas exposiciones. Después de exposiciones relativamente pequeñas, pueden comenzar a mutar y desarrollar cánceres en todo el cuerpo.

La proteína, además, induce senescencia paracrina y adhesión de leucocitos en células endoteliales y podría destruir la inmunidad natural. Puede ocasionar daño en diversos tejidos y órganos ya que altera el eje Renina-Angiotensina-Aldosterona, daña los endotelios e induce a la desregulación de las mitocondrias. Dañan la proteína de la placenta en mujeres “vacunadas”. Induce a que las células donde se encuentra, generen exosomas que contienen microARNs y que estos viajan hacia el sistema nervioso, ejerciendo una inflamación descontrolada en el cerebro. Además, cambia la señalización celular al unirse al receptor ACE2, esto significa que da instrucciones a la célula para que altere sus funciones, lo que es particularmente grave en las células inmunes ya que las vuelve ineficientes, facilitando los procesos inflamatorios y la susceptibilidad a enfermar por cualquier patógeno. Interrumpe la función de los pericitos cardíacos humanos a través de la señalización mediada por el receptor CD147.

Un sello distintivo de las enfermedades neurodegenerativas es la formación y agrupación de proteínas mal plegadas dentro del sistema nervioso. La proteína del pico de la “vacuna” puede provocar el plegamiento incorrecto de proteínas de unión de ARN / ADN esenciales llamadas TDP-43 y FUS y catalizar una "reacción en cadena" tóxica. También puede causar que las proteínas "incluidos los priones normales que ya están en las células"

formen grupos anormales (llamados cuerpos de Lewy) que pueden resultar en una "muerte celular relativamente rápida".

La proteína espiga y los anticuerpos que el organismo genera cuando es inyectada, atacan hasta 28 tejidos humanos, lo cual, permite explicar las enfermedades autoinmunes que vemos en los “vacunados”. No puede entrar en la membrana, lo que puede alentarla para convertirse en una proteína priónica; no es descabellado pensar que también haya similitudes en cuanto a la transmisión aérea. No se queda dentro del citoplasma de las células que la están produciendo posteriormente a la “vacunación”, sino que se va a la membrana, de ahí, que se pueda dar el “shedding” o eliminación de Spike en orina o saliva de las personas “vacunadas” y que facilita que exista la posibilidad de transmisión a los no “vacunados”. Los vectores portadores de la información patógena pueden ser partículas de tipo viral que emitan los “vacunados” sintomáticos o bien fragmentos peptídicos de la proteína espiga, eliminados por los “vacunados” por la saliva o la orina. Las "vacunas" Covid están arrojando proteínas de pico mortales a través de nanopartículas que penetran en la piel.

La proteína codificada por la “vacuna” puede: persistir durante mucho más tiempo del que deseamos, a veces meses, dentro de monocitos no clásicos; puede terminar por todas partes, incluido el cerebro, porque los monocitos pueden atravesar la barrera hematoencefálica; o puede causar síntomas prolongados y/o daños durante meses después de la “vacunación”. Se han encontraron trozos de picos en los monocitos incluso en algunos receptores de la “vacuna” que no presentaban síntomas.

- El virus presenta una mortalidad bastante baja, de 0.047 a 0.32%, inferior a la de la gripe común y por debajo de la calculada por la OMS. Aunque algunos defensores del discurso oficial, comparan la Covid con la gripe de 1918, los datos reales lo desmienten, la tasa de letalidad por infección (IFR) de la gripe de 1918 fue aproximadamente 6 veces mayor que la IFR de la Covid-19. La mortalidad más alta, se da entre personas que padecían enfermedades previas, concretamente, el 99% de las muertes, lo cual nos dice que fortaleciendo nuestro sistema inmunológico y cuidando nuestra salud, muy probablemente, estamos protegidos contra la supuesta enfermedad. La Covid-19 no es más mortal que la gripe a menos que la persona se haya “vacunado”; en cuyo caso puede ser más peligrosa. La “vacuna” es ineficaz para detener la supuesta enfermedad y, según sugieren los datos, en realidad puede empeorar las cosas, creando una necesidad perpetua de modificaciones continuas de refuerzo para contrarrestar el problema inicial. Ha quedado demostrado, en contra de lo que se cuenta con el discurso oficial para justificar la “vacunación” compulsiva de la población, que la peligrosidad del supuesto virus no es como nos cuentan, lo cual, transforma automáticamente en innecesaria la “vacunación” y más aún, cuando existen tratamientos alternativos mucho más eficaces que los sueros experimentales.

Como sabemos, en el diagnóstico se han utilizado los PCR y encima, se han empleado al antojo de las autoridades según conveniencia; también sabemos que produce un alto número de falsos positivos, por tanto, es obvio que las cifras de fallecimientos y de contagios están infladas y las cifras reales en ambos casos, son muy inferiores, lo cual quiere decir, que la tasa de mortalidad es incluso más baja. El recuento excesivo de muertes ha ocurrido y lo más probable es que siga ocurriendo, especialmente en países con pruebas intensivas y alta sensibilización y/o incentivos para los diagnósticos de Covid-19. Así, por ejemplo, en Francia "solo" el 2% de las hospitalizaciones en 2020, realmente tenían que ver, supuestamente, con Covid y "solo" el 5% de los casos de ingresos en UCI, supuestamente, eran por Covid; mientras que en Italia "solo" el 2.9% de las muertes registradas desde finales de febrero de 2020 se cree que, supuestamente, se deben a la Covid-19. De igual forma, en Alemania el 80% de las muertes atribuidas, supuestamente, a la Covid, se deberían a otras causas. Por otro lado, los CDC admiten que entre las muertes acumuladas "que involucran" a Covid desde 2020 hasta finales del verano del 2021 Covid fue la única causa de muerte para "solo" el 5%.

- El protocolo Covid (Estados Unidos es de donde tenemos más información), no funciona; por ejemplo, los hospitales que usan remdesivir (en España, este medicamento está incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud desde el 3 de marzo. Por tanto, la administración del tratamiento con este medicamento depende del criterio del médico y del hospital y actualmente, se está usando junto con por ejemplo: lopinavir/ritonavir, interferón β1b, interferón ɑ-2b o Tocilizumab) combinado con ventiladores para tratar a los pacientes con Covid-19 están haciendo más daño que bien, estos protocolos no están diseñados para salvar vidas. A la mitad de un ensayo contra el ébola, el remdesivir se eliminó del estudio porque producía una tasa de mortalidad de más del 50% entre el grupo del ensayo. Un segundo estudio que involucró remdesivir, esta vez del fabricante del medicamento Gilead Sciences, fracasó antes de completarse, y numerosos sujetos de prueba fueron retirados del medicamento debido a eventos adversos peligrosos. Para todos los pacientes hospitalizados en tratamiento con Covid-19, no es la infección lo que mata, es el protocolo de tratamiento, debido a la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia hepática y la insuficiencia orgánica múltiple, que son efectos secundarios conocidos del remdesivir. Entre el 71 y el 75% de los pacientes que lo toman, sufren un efecto adverso y, a menudo, el fármaco debe suspenderse después de cinco a diez días debido a estos efectos. La Organización Mundial de la Salud emitió una "guía viva" desalentando su uso en noviembre pasado, citando un ensayo que encontró que para los destinatarios no aumentaba la probabilidad de sobrevivir a su infección con respecto a aquellos que no lo tomaron.

  Por otro lado, en los pacientes ventilados, el número de muertos es asombroso. Un informe de la Biblioteca Nacional de Medicina de enero de 2021 de 69 estudios en los que participaron más de 57 000 pacientes, concluyó que las tasas de mortalidad eran del 45% en los pacientes con

Covid-19 que recibían ventilación mecánica invasiva, aumentando al 84% en los pacientes mayores. Los datos de CMS muestran que en los hospitales de Texas, el 84.9% de todos los pacientes murieron después de más de 96 horas con un ventilador.

El protocolo Covid que deben seguir los médicos hospitalarios, en sincronía en todo Estados Unidos, parece ser la implementación del "Sistema de Vidas Completo" 2009-2010 desarrollado por el Dr. Ezekiel Emanuel para racionar la atención médica para personas mayores de 50 años. Cuando se implementa, el sistema de vidas completas produce una curva de prioridad en la que las personas de entre 15 y 40 años aproximadamente, tienen la oportunidad más sustancial, mientras que las personas más jóvenes y mayores tienen oportunidades que se atenúan. El racionamiento basado en la edad ocurre todos los días en las unidades Covid de los hospitales, ya que la abrumadora mayoría de los pacientes Covid tienen más de 50 años, edad en la que Emanuel afirma que una vida es "completa" y no vale la pena el uso de recursos médicos. Al mismo tiempo, los hospitales ganan millones adicionales con pagos de incentivos adicionales para los pacientes de supuesto Covid por su estancia en el hospital, mientras están restringidos química y físicamente y aislados de familias, pastores, sacerdotes y rabinos.

- La inmunidad natural puede llegar a ser hasta 20 veces superior a la inmunidad teóricamente inducida por la "vacunación" porque incluye las defensas inmunitarias innatas, así como la inmunidad específica que se dirige a múltiples partes del supuesto virus y no solo a la proteína de pico dirigida por la supuesta "inmunidad" inducida por la "vacuna". La inmunidad natural es mucho más protectora que la "vacunación" ya que todas las severidades de la enfermedad Covid-19 producen niveles saludables de inmunidad natural.

  Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) admitieron que no hay ningún registro de que una sola persona no "vacunada" haya propagado el coronavirus de Wuhan (Covid-19) después de recuperarse de una supuesta infección con él.

  Una infección natural induce cientos y cientos de anticuerpos contra todas las proteínas del virus, incluyendo la envoltura, membrana, nucleocápside y Spike. Docenas y docenas de estos anticuerpos neutralizan el virus cuando se encuentran de nuevo. Además, debido a la exposición del sistema inmunológico a estas proteínas (epítomas), nuestras células T también montan una memoria sólida; son las "defensas" del sistema inmunológico y la primera línea de defensa contra los patógenos. Esto le da a las personas la capacidad de defenderse de muchassupuestas variaciones del SARS-CoV-2, proporcionando un arsenal completo de protección futura contra la infección por SARS-CoV-2 y virus estructuralmente relacionados. Las personas previamente infectadas desarrollan respuestas de células T mucho más fuertes contra los péptidos de la proteína de la espiga en comparación con las personas no infectadas después de la "vacuna" de ARNm. La

memoria de las células T para las personas infectadas con SARS-CoV-1 es de 17 años y aún funciona. El plasma de las personas que desarrollaron inmunidad natural durante la primera ola de SARS-CoV-2 contiene cuatro anticuerpos que son extremadamente potentes contra 23 supuestas variantes de SARS, incluidas variantes preocupantes. Además nos ofrece otro beneficio añadido, mientras la inmunidad natural normal eventualmente eliminaría las cepas "potentes" de un virus en circulación, la "inmunidad" inducida por la "vacuna" hace lo contrario.

Las personas que han recibido la "vacuna" tienen una probabilidad casi 700% mayor de desarrollar Covid-19 que las que tienen inmunidad natural gracias a una infección previa. Una persona no "vacunada" previamente infectada con SARS-CoV-2 tiene un 99.9% de posibilidades de estar protegida contra una infección repetida, con una tasa de reinfección estimada de 3.1 por cada 100 000. El riesgo de desarrollar Covid-19 sintomático es hasta 27 veces mayor entre los "vacunados" y el riesgo de hospitalización hasta 8 veces mayor.

El sistema inmunológico de los "vacunados" se está deteriorando alrededor del 5% por semana (entre el 3.8% y el 9.1%). Las personas de 40 a 79 años doblemente "vacunadas" han perdido el 44% de la capacidad de su sistema inmunológico. Si esto continúa, las personas de 30 a 59 años tendrán cero defensa contra Covid/virus (y quizás una forma de síndrome de inmunodeficiencia adquirida) para Navidad y todas las personas con doble "vacunación" mayores de 30 habrán perdido por completo la parte de su sistema inmunológico que ataca a la Covid-19 en enero del próximo año.

Estas degradaciones del sistema inmunológico podrían ser causadas por ADE (mejora dependiente de anticuerpos, donde los anticuerpos, supuestamente, inducidos por la "vacuna" comienzan a funcionar a la inversa) y ser específica para la Covid (facilitando la infección), o podrían ser más generales y dar como resultado una forma de SIDA mediado por la "vacuna" (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Esto es confirmado por los propios datos de los ensayos de fase III de Pfizer.

La supuesta eficacia decreciente de las "vacunas" no se acerca asintóticamente a cero (lo que significaría que las "vacunas" simplemente pierden eficacia con el tiempo), pasa directamente por cero y luego se vuelve peligrosamente negativa (lo que significa que las "vacunas" se vuelven tóxicas para el sistema inmunológico).

Si toma una "vacuna" de refuerzo, la persona, se está administrando una forma progresiva aún más rápida de SIDA (después de unos meses iniciales de efectividad). El análisis de riesgo-beneficio para estas "vacunas" se ha convertido ahora en un análisis de riesgo-detrimento para todas las personas mayores de 30 años.

El peligro que puede surgir de las "vacunas" de ARNm no es solo que, supuestamente, confieren inmunidad estrecha a una variante específica,

sino que pueden socavar la respuesta de nuestro sistema inmunológico a variantes futuras, lo que lleva a infecciones más prolongadas y graves.

- Los sueros experimentales mal llamados "vacunas" no son seguros, ni eficaces. No previenen la enfermedad, no reducen la gravedad, ni mucho menos van a controlar la enfermedad. No solo no protegen, sino que han empeorado la situación. Los datos epidemiológicos disponibles a nivel mundial son suficientes para demostrar que la "vacunación" no protege contra la contaminación y transmisión de SARS-CoV-2, lo cual, contradice las reiteradas declaraciones de representantes del poder ejecutivo y de muchos medios de "comunicación".

  Hay más de 900 tipos de eventos adversos informados después de la "vacunación" con Pfizer que nunca se han informado después de las vacunas contra la influenza, incluidos 11 casos de síndrome inflamatorio multisistémico (MS-C) que ocurrieron sin antecedentes previos de infección por Covid. Ha habido 106 veces más reacciones adversas, 189 veces más muertes y 195 veces más hospitalizaciones debido a la inyección de Pfizer Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza combinadas. Ha habido 118 veces más reacciones adversas, 174 veces más muertes y 140 veces más hospitalizaciones debido a la "vacuna" de Moderna Covid-19 que debido a todas las vacunas contra la influenza combinadas. La campaña de "vacunación" Covid-19 ha sido significativamente más dañina y mortal que la campaña de vacunación contra la influenza.

  Para las personas sin comorbilidades, la "vacuna" es dañina para todas las edades. Para los niños con comorbilidades, el riesgo de muerte relacionado con la "vacunación" es de 41 a 56 veces mayor que con Covid-19. Y dado que ningún niño sano ha muerto de Covid-19, el riesgo derivado de la "vacuna" es simplemente infinitamente mayor. Las personas con doble "vacunación" tienen seis veces más probabilidades de morir por todas las causas que las personas no "vacunadas". Las "vacunas" de ARNm, afectan a las células, el 62% de los pacientes recientemente "vacunados" tienen evidencia de coagulación y presentan daños permanentes. Las "vacunas" Covid destrozan las células T y el sistema inmunológico.

  La tasa de mortalidad por hospitalización por Covid-19 entre los menores de 50 años totalmente "vacunados" es un 175% más alta que la tasa entre los menores de 50 años no "vacunados". Hay 5 veces el número de muertes atribuibles a cada inoculación en comparación con las atribuibles a Covid-19 en el grupo demográfico más vulnerable de 65 años o más. Las personas tienen 71 veces más riesgo de sufrir un ataque cardíaco después de las "vacunas" Covid-19 que cualquier otra vacuna.

  Las "vacunas" son un ataque a la infraestructura crítica del cuerpo, el sistema vascular y, en particular, el fino tapiz de células que recubren las paredes de los vasos sanguíneos. Crea una situación en la que su cuerpo ataca brutalmente su propio sistema circulatorio generando coágulos de sangre y vasos sanguíneos con fugas.

La “vacunación” no es la solución milagrosa anunciada para frenar la epidemia, el chantaje formulado por unos y por otros, referente a “vacunación” general o a supuestas medidas de contención, se basa en una mentira. Si hacemos una comparación de la incidencia de Covid en los últimos 14 días de julio entre países con tasas altas de “vacunación” y los de baja, observamos que para los países con baja tasa (media de 0.65% de la población) se sitúa en 15.7 por cada 100 000 habitantes, mientras que para los países con una tasa alta (media 53.6% de la población), se sitúa en 515 por cada 100 000 habitantes. En agosto, el promedio de muertes en los países más “vacunados” fue de 1647 por millón en comparación con solo 427 muertes en los menos “vacunados”. En general, los países con programas de “vacunación” activos tienen más muertes por Covid que los que no los tienen. Los países con un mayor porcentaje de su población “vacunada” tienen más muertes por Covid. Las muertes por Covid han aumentado con la “vacunación” después de que se implementaron los programas de “vacunación”.

La cantidad de casos nuevos de Covid (es decir, pruebas positivas) después del inicio de la campaña de inyecciones de “vacunas" es 3.8 veces mayor que antes del lanzamiento de las inyecciones, y la tasa diaria de muerte por Covid es 3.82 veces mayor. En 13 países el número de muertes por Covid, es 11.61 veces mayor después de la “vacunación”, en comparación con antes de que se implementaran los pinchazos. En cinco de los 13 países, un enorme 90% de sus muertes por Covid-19 se han registrado después de que comenzaron sus campañas de “vacunación”.

En Estados Unidos, han tenido un aumento del 1000% en los eventos adversos después de las “vacunas” Covid, en comparación con todas las vacunas en años anteriores. Además, hay un 4520% más de posibilidades de morir por la "vacuna de la Covid" que por la Covid. Se ha producido un aumento del 5427% en las muertes después de las inyecciones de Covid-19 y un aumento del 1373% en las reacciones adversas después de las “vacunas" en comparación con todas las demás vacunas administradas durante los últimos 10 años. Aproximadamente una de cada 324 personas que recibieron una inyección antiCovid-19 informó un evento adverso. El regulador de medicamentos del Reino Unido confirma que el número de muertes debidas a las “vacunas” Covid-19 en 10 meses es un 330% más alto que el número de muertes debidas a todas las demás vacunas combinadas en los últimos 20 años. En Suecia, durante los primeros diez meses de “vacunación”, se han notificado 83 744 efectos secundarios, un cifra que multiplica por 10 los que se han notificado en los años anteriores para todos los medicamentos y vacunas, un total de unas 25 000 sustancias.

El riesgo de morir a causa de una “vacuna” Covid es aproximadamente 175 veces mayor que el de recibir una vacuna contra la gripe multidosis. Con 4 mil millones de dosis de sueros experimentales administradas en todo el mundo, de 800 000 a 2 millones de las llamadas “muertes por Covid-19”

pueden ser muertes inducidas por “vacunas”. Esto borra cualquier fantasía de que las inyecciones de realmente estén ayudando.

El ARNm de la “vacuna” se biodistribuye rápidamente, logrando altas concentraciones en cerebro, pulmones, hígado, bazo y ovarios, entre otros. Definitivamente no permanece el ARNm de la “vacuna” en el sitio de inoculación ni en los nódulos linfáticos cercanos, lo cual, ayuda a entender los efectos adversos sistémicos que han ocurrido en un porcentaje de las personas inoculadas. Uno de los comentarios que más se escucha de quienes subestiman la duración del ARNm vacunal, es que es degradado rápidamente, pero eso no es cierto. Efectivamente, en condiciones naturales el ARNm foráneo se enfrenta a respuestas innatas dentro de la célula, lo que limita su viabilidad y acaba por destruirlo. Sin embargo, en las “vacunas” de Pfizer y Moderna se modificaron algunas de las bases nucleotídicas (las letras que conforman al ARNm), cambiando la uridina por pseudouridina e incluyendo 5-metil-citidina. Esto evita que se activen las respuestas innatas de las células, permitiendo que el ARNm de la “vacuna” permanezca más tiempo.

Las “vacunas” antiCovid estimulan la proteína espiga a niveles inauditos en la naturaleza, y por desgracia, la proteína Spike, justamente, es la parte tóxica del supuesto virus que es supuestamente responsable de los trastornos de la coagulación sanguínea, problemas neurológicos y del daño cardíaco. Esperar que la “vacuna” antiCovid no produzca este tipo de efectos sería algo muy ingenuo. Supuestamente, inducen principalmente la producción de anticuerpos y, por tanto, inmunidad humoral con lo que favorecen el clivaje del sistema hacia una hipotética defensa antitóxica, este clivaje mantenido del sistema hacia la inmunidad humoral es en realidad una inmunodeficiencia y favorece, por ejemplo, el desarrollo de tumores. Esos anticuerpos inducidos no neutralizan una infección viral, sino que la facilitan dependiendo del receptor.

Pueden producir shock anafiláctico relacionado con un componente de la mezcla de la “vacuna”, o alergias graves o una reacción autoinmune a la aplasia celular. En este grupo deberíamos incluir una serie de problemas sanguíneos letales que implican coágulos y pérdida de plaquetas que provocan accidentes cerebrovasculares, hemorragias cerebrales y otros impactos.

La fertilidad de las mujeres disminuye cuanto más se “vacunan” las mujeres, mínimo el 80% de los embarazos terminaron en abortos espontáneos en los primeros tres meses de embarazo, después de la “vacuna”. En Estados Unidos ha habido más muertes fetales en los últimos 11 meses después de las inyecciones de los sueros experimentales que en los últimos 30 años después de todas las vacunas.

El daño a la fertilidad pronto debería parecer aún más severo debido al efecto de las “vacunas” en los hombres y el embarazo. Es posible que los efectos de la ‘vacunación’ masculina independientemente de los efectos de

la ‘vacunación’ femenina, sean detectables si la fertilidad se estimara por el número de embarazos y no por el número de nacimientos, durante un período más largo, ya que la fertilidad masculina afecta más directamente las frecuencias de embarazos y más indirectamente los resultados del embarazo.

Pronto, los efectos de la “vacunación” en el período anterior a la concepción, incluso en los hombres, deberían aparecer y fortalecer la disminución de la fertilidad observada en este punto. En esta etapa no es posible sacar conclusiones sobre el daño a la fertilidad masculina, tendremos que esperar unos meses más desde que comenzó la campaña de ‘vacunación’ en varios países, pero ya en esta etapa podemos referirnos a las muchas advertencias de los expertos sobre esterilización y/o daño genético a su futura descendencia. Los efectos de la “vacunación” sobre la fertilidad probablemente aumentarán a medida que los efectos en los períodos previos a la concepción, incluidos los hombres, se vuelvan más comunes, más allá de los efectos de la “vacunación” durante el embarazo. Los nacimientos no garantizan la salud de los bebés nacidos de padres “vacunados”, los informes de defectos genéticos en varios lugares no se han investigado, sino que se han ignorado.

Se ha demostrado que hasta en el 50% de los “vacunados”, las “vacunas” Covid pueden inducir inmunosupresión temporal o desregulación inmunitaria (linfocitopenia) que puede durar aproximadamente una semana o posiblemente más. También se ha demostrado que las “vacunas” de ARNm de antiCovid "reprograman" (es decir, influyen) en las respuestas inmunitarias adaptativas e innatas y, en particular, regulan negativamente la llamada vía TLR4, que se sabe que desempeña un papel importante en la respuesta inmunitaria a las infecciones y células cancerosas. Si ya hay un tumor en alguna parte, conocido o desconocido, o si existe una predisposición a un cierto tipo de cáncer, tal estado de inmunosupresión o desregulación inmunológica inducida por la “vacuna” podría desencadenar un crecimiento tumoral repentino y cáncer en unas semanas tras la “vacunación”. También se ha observado la reactivación posterior a la “vacunación” de infecciones virales latentes, incluido el virus de la culebrilla, el VEB (Epstein-Barr) y el virus de la hepatitis. La inmunosupresión temporal inducida por la “vacuna” también es un factor que puede contribuir al pico posterior a la “vacunación” en las infecciones por coronavirus observado en muchos países.

Por lo que hemos visto, es muy evidente que estas inyecciones para Covid-19 no son “vacunas”, no detienen la infección, la transmisión, la Covid grave, la hospitalización o la muerte. Los datos muestran claramente que están aumentando el riesgo de hospitalización y muerte en lugar de reducirlos. No son necesarias dado el riesgo estadístico casi cero de infección en los menores, de transmisión del virus y de resultado grave si se está infectado y no tiene comorbilidades. Estos sueros se estudiaron de manera subóptima y particularmente en cuanto a la parte de seguridad de los estudios. No se realizaron los estudios apropiados de toxicidad

reproductiva, los estudios de teratogenicidad, los estudios farmacodinámicos y los estudios farmacocinéticos. No abordaron los cambios en los biomarcadores que podrían servir como indicadores de alerta temprana de una predisposición elevada a enfermedades graves. Lo más importante es que los ensayos clínicos no abordaron los efectos a largo plazo, fueron a muy corto plazo (unos pocos meses) y tuvieron muestras no representativas de la población total. El exceso de muertes por "vacunas" Covid-19 registra un aumento del 30% en comparación con el promedio prepandémico.

Según los propios datos del estudio en fase 3 de Pfizer, se salva una vida Covid por cada 22 000 personas inoculadas. Extrapolando esos datos y analizando las cifras VAERS, las "vacunas" son las responsables de la muerte de 15 personas por cada vida Covid que pudiera salvar. El análisis mundial de 188 países muestra una correlación global masiva entre la "vacunación" y las tasas más altas de casos Covid, lo que muestra que el mundo está experimentando actualmente una "pandemia de vacunados".

El número de muertes debido a hallazgos clínicos anormales no clasificados en otra parte ha mantenido un promedio constante de poco más de 1000 por semana desde febrero de 2020, y también estaba en estos niveles antes de que la supuesta pandemia golpeara a los Estados Unidos. Sin embargo, a finales de marzo, principios de abril de 2021, hubo un aumento repentino en el número de muertes anormales registradas por semana, subiendo repentinamente a 2000 por semana a mediados de abril, antes de aumentar a más de 7000 por semana a mediados de septiembre, lo que representa un aumento del 600% en el promedio observado cada semana antes del inicio del lanzamiento de la "vacunación" Covid-19.

Por si todo esto fuera poco, la sangre de los inoculados presenta estructuras inusuales en forma de tubo, algunas partículas que se iluminan y muchas células dañadas. Son visibles pocas células sanas. Todas las víctimas de inyecciones presentan daños extremos en los glóbulos rojos; se observa la formación de rouleaux apilados que son una forma extrema de daño a los glóbulos rojos, por el cual se pegan entre sí, ya no pueden transportar oxígeno de manera efectiva y obstruyen los vasos sanguíneos pequeños, lo que contribuye a la formación de coágulos de sangre mortales.

Según las bases de datos, a día de hoy y contando solo Europa, Reino Unido y Estados Unidos, las "vacunas" Covid han causado más de 50 000 muertos y casi 5 millones de afectados, de los cuales más del 50%, han sido graves. Por otro lado, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos dice que tiene más de 30 000 reportes espontáneos de hospitalizaciones o muertes entre las personas que ya tienen su esquema de "vacunación" completo. Además, los datos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid demuestran que 300 000 beneficiarios "vacunados" han ingresado al hospital con infecciones graves. Se cumplen los criterios de Bradford Hill: las "vacunas" antiCovid provocan

la muerte. Podemos afirmar que las “vacunas” antiCovid-19, desde una perspectiva epidemiológica, causan estas muertes.

Así es absolutamente imposible desde un punto de vista científico, decir que los sueros son seguros y/o eficaces.

- En lo que se refiere a la supuesta autorización para Pfizer, la FDA ejecutó un ardid “inteligente” en el que emitió fallos separados para una “vacuna” de Pfizer Inc.-BioNTech que se usa ampliamente en los Estados Unidos y otro fallo para una “vacuna” similar del socio y desarrollador de la plataforma de ARNm de Pfizer con sede en Alemania, BioNTech de Mainz. Solo BioNTech obtuvo la aprobación de la FDA, pero condicionada a la finalización de una serie de pruebas adicionales en grupos selectos, incluidos bebés, mujeres embarazadas y jóvenes, para 2027. La “vacuna” de Estados Unidos, Pfizer-BioNTech Covid-19, solo obtuvo la extensión de su Autorización de uso de emergencia (EUA), no aprobación completa. La autorización no es para Pfizer, es para BioNTech y solo se iniciará en el momento en que el producto BioNTech esté disponible. Al menos por el momento, la “vacuna” Pfizer Comirnaty no tiene protección de responsabilidad. Los viales del producto, que dicen "Comirnaty" en la etiqueta, están sujetos a las mismas leyes de responsabilidad del producto que otros productos estadounidenses. Las “vacunas” para adultos con licencia, incluida la nueva Comirnaty, no gozan de ningún escudo de responsabilidad, las personas lesionadas por la “vacuna” Comirnaty, podrían demandar por daños y perjuicios. Por lo tanto, es poco probable que Pfizer permita que cualquier estadounidense tome una “vacuna” Comirnaty hasta que de alguna manera pueda arreglar la inmunidad para este producto

- Las personas más inteligentes, las de mayor nivel académico, las menos volubles de opinión y las mejor informadas científicamente; están entre los “negacionistas".

  Si los que rechazan las “vacunas” son “ignorantes” como dicen algunos, ¿por qué se cuentan entre ellos miles de trabajadores de la salud? Aquellos que se oponen a las “vacunas” Covid son ridiculizados rutinariamente como ignorantes, egoístas, estúpidos e incluso malvados, incluso cuando el número de trabajadores de la salud (incluidos aquellos con experiencia íntima y de primera mano con el coronavirus) que se pronuncian en contra de los mandatos de las “vacunas”, continúa aumentando. El 20.5% de los asistentes médicos, técnicos de emergencias médicas y asistentes de atención domiciliaria, de enfermería, psiquiátricos o de cuidados personales, se oponen personalmente a la “vacuna” Covid.

- Con el programa de “vacunación” masiva ahora en pleno apogeo, estamos escuchando más y más informes que sugieren que un derecho fundamental y requisito legal como es el consentimiento informado del paciente, no se está respetando. La gran mayoría de las personas simplemente no tienen la oportunidad de ejercer este derecho que es un principio fundamental de la ética médica y central para el concepto de autonomía del paciente. Es

probable que la mayoría de las personas ni siquiera sepan qué información deberían poder recibir antes de la "vacunación".

El verdadero problema no es con el consentimiento en sí, sino con la información que debería preceder a la emisión del consentimiento. Para que el consentimiento sea válido, necesitas 3 cosas. Debe darse voluntariamente, sin coerción ni engaño; debe ser dado por un individuo que tiene capacidad mental; ANTES de dar su consentimiento, una persona debe haber sido completamente informada sobre el tema. Eso incluye estar informado sobre cuáles son los riesgos y beneficios del tratamiento o la "vacunación", así como los riesgos y beneficios de no recibir el tratamiento o la "vacunación", y sobre qué opciones alternativas podrían estar disponibles.

Las autoridades sanitarias de todo el mundo siguen afirmando que las "vacunas" contra la Covid-19 son seguras. Sin embargo, según el diccionario, esto significa que: "Algo que es seguro no causa daño físico o peligro". Como ya hemos comprobado, la supuesta seguridad de las "vacunas" que nos quieren vender todos los días, no existe; los datos de las bases de datos oficiales referentes a muertes y eventos adversos ocasionados por los sueros experimentales, dicen que no son seguras y tampoco eficaces.

Dada la falta de transparencia de las "vacunas", los propios "vacunadores" podrían no estar debidamente informados, por lo que generalmente no están en condiciones de ofrecer información precisa que pueda estar disponible para el público. Habría que decir, que lo honrado sería que si realmente no conocen lo que los sueros pueden ocasionar a corto, medio o largo plazo; lo mejor que éticamente podrían hacer en honor a la defensa de la salud de los pacientes, es no colaborar de ninguna forma en las inoculaciones, sin embargo, esto no está sucediendo. Tampoco debemos de olvidar, que en España, no puede haber pinchazo sin prescripción médica, no obstante, no paramos de ver a médicos y sanitarios recomendar la "vacunación" por activa y por pasiva.

La información que debe comunicarse libremente incluye el hecho de que las "vacunas" son experimentales y no probadas. Aquellos que consideren dar su consentimiento deben ser informados sobre la dependencia de las "vacunas" de la biología sintética que nunca se ha probado a escala. También debe de incluir información sobre los riesgos y beneficios conocidos de los ensayos de Fase 3, y sobre que estos ensayos aún están en curso y algunos no estarán completos todavía durante un tiempo.

En pocas palabras, sin transparencia de la "vacuna", el consentimiento informado simplemente no es posible. Lo mínimo que debemos esperar es que cada persona pueda leer el folleto de información del producto acordado entre los fabricantes de "vacunas" y los reguladores, antes de dar su consentimiento. Incluso esto no está sucediendo. Donde se da la información, si acaso se entrega algo a las personas, se hace como un

gesto pasajero sin importancia, como una especie de falsa formalidad y encima, se hace después de la "vacunación", nunca antes.

La ley sobre el consentimiento informado, presente en casi todas las jurisdicciones, constituye uno de los ejes centrales de la ética médica que es la base para la práctica de la "buena medicina" en las sociedades civilizadas y democratizadas.

- La "vacunación" infantil contra la Covid, ni es necesaria, ni es segura para los niños. No les aporta ningún beneficio a ellos, ni tampoco a los adultos. La enfermedad en los niños tiene una bajísima incidencia y además, no se ha demostrado que ellos transmitan la enfermedad. Los riesgos, superan con creces a los beneficios. Numerosos estudios epidemiológicos respaldan la evidencia de que los niños y adolescentes no solo tienen menos probabilidades de desarrollar cursos de enfermedad Covid grave, sino que también son menos susceptibles y menos propensos a transmitir el SARS-CoV-2.

  A pesar de los esfuerzos de los medios tradicionales y de las distintas administraciones por ocultar el hecho, el virus de China representa un riesgo prácticamente nulo para los niños, además, como ha quedado demostrado, la inmunidad natural es muy superior a la teórica supuestamente adquirida tras la inoculación. La gran mayoría de los niños, si lo contraen, no sufrirán más que resfríos, si es que muestran algún síntoma. Una vez que se exponen a él, su sistema inmunológico siempre estará alerta no solo del invasor original, sino de casi todas las variantes que genera con el tiempo. Esta robusta inmunidad probablemente durará toda su vida.

  No obstante, el maravilloso proceso por el cual el cuerpo humano produce inmunidad natural a un virus nuevo que nunca antes había encontrado, quedará cortocircuitado si reciben un pinchazo de una "vacuna" de ARNm. Estará cometiendo lo que se llama el "pecado antigénico original". Resulta que el sistema inmunológico humano no es capaz de un número infinito de respuestas a un número infinito de virus. Más bien, la respuesta más fuerte a los virus de la influenza se produce por la primera exposición del cuerpo a la enfermedad, que generalmente ocurre en la niñez. Pero no se trata solo de que las respuestas inmunitarias posteriores a la influenza sean más débiles, el problema es que la primera infección infantil prepara al sistema inmunológico para responder a infecciones posteriores con anticuerpos de la cepa original. El "pecado antigénico original", en otras palabras, hace que la respuesta inmune no alcance el objetivo.

  Sus cuerpos están produciendo anticuerpos contra la variante a la que fueron expuestos por primera vez en la infancia, en lugar de la variante que circula actualmente en la población y a la que ahora han estado expuestos. Piense en eso en el contexto del virus de China. Éste, supuestamente, es un nuevo coronavirus que nadie en el planeta ha encontrado antes (y cuya existencia, tampoco ha sido demostrada).Una vez que esa proteína de pico

muta, como ya lo ha hecho en la supuesta variante Delta, el cuerpo no tiene otros epítopos (partes del virus) que reconozca de inmediato y pueda utilizar para producir los anticuerpos adecuados. Entonces ¿Qué es lo que hace? Produce anticuerpos para la proteína de pico del supuesto virus de China original, porque para eso se ha programado. Esta mala asignación de los recursos inmunológicos del cuerpo, como podríamos llamarlo, parece silenciar el desarrollo del tipo de inmunidad robusta y duradera que resulta de una infección natural.

Veamos algunos datos-pruebas, que demuestran lo peligrosos e inútiles que son los sueros experimentales para los niños-adolescentes:

1) Las “vacunas" antiCovid-19 administradas a los adolescentes americanos tienen 7.5 veces más muertes, 15 veces más discapacidades y 44 veces más hospitalizaciones que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA combinadas, que están recibiendo estos adolescentes. En Estados Unidos ha habido 3000 casos más, más muertes, más hospitalizaciones y más eventos potencialmente mortales en los últimos 10 meses entre los adolescentes, que en los últimos 5 años para todas las vacunas. Los adolescentes tienen 50 veces más probabilidades de tener una enfermedad cardíaca después de las “vacunas” Covid que todas las demás vacunas aprobadas por la FDA en 2021 combinadas. En el Reino Unido, se ha producido un aumento del 52% en las muertes de niños en comparación con el promedio de cinco años desde que se les ofreció la “vacuna” Covid-19.

Además, los niños tienen un 69% más de probabilidades de ser hospitalizados con Covid-19 si están completamente “vacunados”. De igual forma, tienen más probabilidades de contraer enfermedades graves o morir de gripe que de Covid-19. También tienen 15 veces menos probabilidades de ser hospitalizados con la enfermedad que las personas de 85 años o más, y 570 veces menos probabilidades de morir.

2) Según los datos que rastrean las visitas a la sala de emergencias en Alemania, a principios de mayo ha habido un aumento significativo de las admisiones por motivos cardiovasculares; con la mayoría de las semanas por encima del 50% en comparación con los últimos años, este fenómeno ha continuado durante los últimos meses. No está claro cuál es el responsable de estas visitas adicionales por motivos cardiovasculares. Sin embargo, puede ser una señal de advertencia temprana de una respuesta adversa más generalizada a la “vacuna” Covid. Aproximadamente al mismo tiempo que la campaña de “vacunación” de Alemania se abrió a los más jóvenes y tuvo un aumento significativo de las “vacunaciones” diarias, comenzó el aumento de las admisiones a la sala de emergencias por razones cardiovasculares. Se han observado datos similares en un informe que analiza las respuestas de las ambulancias en Inglaterra. El aumento en las llamadas de 'paro cardíaco o respiratorio' comenzó, y se ha mantenido en un nivel elevado, desde finales de junio, cuando se abrió la campaña de “vacunación” Covid a los adultos más jóvenes.

Cito textualmente las conclusiones de una publicación: "Concluimos que las 'vacunas' de ARNm aumentan drásticamente la inflamación en el endotelio y la infiltración de células T del músculo cardíaco y pueden explicar las observaciones de aumento de trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares después de la 'vacunación'".

3) Las autoridades sanitarias han descubierto y reconocido reacciones adversas relacionadas con el sistema cardiovascular a partir de las "vacunas" Covid. Algunas de estas autoridades afirman que las afecciones cardíacas son muy raras y continúan recomendando la "vacunación" sin preocupaciones, mientras que otros países, como: Dinamarca, Finlandía, Suecia, Francia, Islandia, Noruega o Japón, han limitado o variado su campaña de "vacunación" de alguna manera debido a estos problemas cardiovasculares. Un estudio mostró que los niños en la mitad de la adolescencia tenían 6 veces más probabilidades de ser hospitalizados por afecciones cardíacas después de su segunda dosis, que de ser hospitalizados por Covid. Si analizamos el sistema de informes VAERS que rastrea los informes de eventos adversos, encontramos que muestra significativamente más informes de mio/pericarditis entre los adultos más jóvenes. De igual forma, si establecemos una comparación con la "vacuna" contra la gripe, los informes de eventos adversos en general, y de problemas cardíacos en particular, son dramáticamente más altos en asociación con las "vacunas" Covid en comparación con las "vacunas" contra la gripe. A pesar de todo esto, se asume que estos eventos cardiovasculares son poco frecuentes y no representan un problema de seguridad significativo con la "vacuna" Covid. Sin embargo, la correlación entre las dramáticas admisiones a la sala de emergencias, las respuestas de las ambulancias, los eventos adversos relacionados con los problemas cardíacos y la campaña de "vacunación" Covid no se puede ignorar y necesita más investigación.

4) El riesgo de muerte por Covid-19 disminuye drásticamente a medida que disminuye la edad, y los efectos a más largo plazo de las inoculaciones en los grupos de menor edad aumentarán su relación riesgo-beneficio significativamente. La tasa de supervivencia a Covid de los menores de 19 años, es casi del 100%. Los datos de seroprevalencia de 8 países, nos dicen que la tasa de mortalidad por infección para los niños de 0 a 9 años es inferior a 1 en 200 000 (menos de 5 en 1 millón) y de 1 / 55 000 para los de 10 a 19 años. También el riesgo de hospitalización como resultado de una infección por Covid es bastante bajo. Si se infectan con Covid-19, los niños de 0 a 9 años tienen en promedio una probabilidad del 0.1% o 1/1000 de ser hospitalizados y, para las edades de 11 a 19 años, un 0.2% o 1/500 de posibilidades de ser admitidos en el hospital. Según los propios informes de los CDC, podemos esperar que de cada 18 hospitalizaciones infantiles prevenidas, al menos 43 terminarán en el hospital por todas las causas después de la "vacunación".

5) Incluso si asumimos que esta protección existe, si consideramos las bajas tasas de transmisión, la alta proporción de niños que son postCovid y

la mayoría de los adultos que están "vacunados" o que son postCovid, el número de niños que tendrían que recibir la "vacuna" para proteger a un solo adulto de un teórico ataque grave de Covid-19 sería muy alto. Además, es probable que esta cifra se compare de forma desfavorable con el número de niños que resultarían perjudicados, incluso en el caso de eventos graves poco frecuentes. Dado que los riesgos comprobados superan con creces los beneficios demostrados en los niños, las "vacunas" tampoco cumplen con la solicitud de licencia biológica requerida para hacer la aprobación final de comercialización. No debemos olvidar que cerca del 86% de los niños inoculados con la "vacuna" de ARNm sufrieron alguna reacción adversa durante los ensayos y que solo 1 de cada 1.7 millones de niños han muerto con Covid-19 en 18 meses, mientras que 1 de cada 9 niños sufrió una reacción adversa grave a la "vacuna" Covid-19 en los ensayos clínicos.

6) De cada 28 millones de niños que son inoculados con los sueros experimentales, 14 como máximo se "salvan" del "virus". Al menos 1400 niños morirán a causa de estas inyecciones solo en Estados Unidos. El NNTV (número de niños necesario a "vacunar") para prevenir una sola muerte en este grupo de edad es de 1 261 550; por cada niño salvado, otros 117 morirían.

7) Por si fueran pocos los eventos adversos causados por el suero experimental de Pfizer en adultos y adolescentes, Pfizer en su "vacuna" para niños de 5 a 11 años ha hecho un cambio de ingredientes y ha añadido como una "defensa" un ingrediente llamado trometamina (Tris), supuestamente, para un mejor perfil de estabilidad; lo que no dice, es que una de sus principales funciones consiste en aumentar la permeabilidad de la pared celular y que es un agente reductor de ácido en la sangre que se utiliza por vía intravenosa para estabilizar a las personas que sufren ataques cardíacos y durante la cirugía de corazón.

Cito textualmente lo que dice una publicación en una revista: "Cuando se utiliza la Tris en concentraciones como defensa en soluciones salinas fisiológicas, puede ejercer efectos tóxicos en la transmisión neuromuscular en el músculo liso y cardíaco, aunque no en el músculo esquelético. Los efectos son variables, principalmente presinápticos, y parecen afectar la transmisión motora y en especial a la adrenérgica. Es posible que se relacionen con acciones metabólicas intracelulares de Tris".

Entre los muchos efectos secundarios causados por Tris se encuentran: depresión respiratoria, irritación local, inflamación tisular, infección en el lugar de la inyección, respuesta febril, flebitis química, venospasmo (espasmos venosos), hipervolemia, trombosis intravenosa, extravasación (con posible necrosis y desprendimiento de tejidos), disminuciones transitorias de las concentraciones de glucosa en sangre, hipoglucemia y necrosis hepática con la infusión a través de catéteres venosos umbilicales bajos.

Veamos 5 razones por las que los niños deben considerarse ya "vacunados":

-El virus, supuestamente, usa el receptor ACE2 para entrar en la célula huésped, y el receptor ACE2 tiene una expresión y presencia muy limitadas en el epitelio nasal de los niños pequeños (potencialmente en las vías respiratorias superiores). Al pasar por alto esta protección natural (receptores nasales ACE2 limitados en niños pequeños) y entrar en el deltoides del hombro a través de la "vacuna", el ARN mensajero de la "vacuna" y el contenido de nanopartículas lípídicas (p. Ej., PEG), y la proteína de pico generada por la "vacuna", podrían dañar el endotelio, revestimiento de los vasos sanguíneos (vasculatura), y causar reacciones alérgicas graves.

-La inmunidad innata antiviral preactivada (preparada) en las vías respiratorias superiores de los niños trabaja para controlar la infección temprana por SARS-CoV-2, lo que da como resultado una respuesta antiviral temprana innata más fuerte a la infección por SARS-CoV-2 que en los adultos.

-Cuando uno se vacuna o se infecta de forma natural, esto impulsa la formación, distribución tisular y evolución clonal de las células B, que es clave para codificar la memoria inmunitaria humoral. La sangre de los niños, extraída antes de la pandemia de Covid, tiene células B de memoria que pueden unirse al SARS-CoV-2. Es potente el papel de la exposición en la primera infancia a los coronavirus del resfriado común (coronavirus).

-Dado que las células T de los niños en su mayoría no están capacitadas, pueden responder inmunológicamente y diferenciarse de manera óptima de manera más rápida y ágil, para montar una respuesta más sólida a los virus nuevos.

-Los niños y los adultos muestran respuestas del sistema inmunológico muy diversas y diferentes a la infección por SARS-CoV-2, lo que ayuda a explicar por qué tienen mucha menos enfermedad o mortalidad por Covid. Los niños infectados con el supuesto virus, tienden a tener mejores resultados que los adultos. Cuanto más joven es el paciente, más altos son los niveles de IL-17A e INF-g, estas dos moléculas son parte del sistema inmunológico innato, un tipo de respuesta más primitiva e inespecífica que se activa poco después de la infección.

Con todo lo mostrado en este informe, exponiendo la verdadera realidad de la "vacunacion" infantil contra la supuesta Covid, cualquier inyección/inoculación masiva, o incluso ensayos clínicos, en niños con riesgo casi nulo de propagación y enfermedad/muerte, está contraindicada y está potencialmente asociada con un daño significativo, además de ser muy reprochable desde el punto vista ético.

- Pfizer afirma que la inyección de ARNm antiCovid-19 tiene una efectividad como “vacuna” del 95%. Lo que no cuentan, es el hecho de que este cálculo fue extremadamente engañoso y solo midió la efectividad relativa en lugar de la efectividad absoluta. Pfizer eligió ignorar miles de otras infecciones sospechosas durante el ensayo en curso y no confirmar la infección porque habría arrojado una eficacia por debajo del mínimo requerido del 50% para obtener la aprobación regulatoria. Falsamente, se le ha dicho al público en general que la “vacuna” Pfizer Covid-19 tiene una efectividad del 95%, de igual forma que también se le ha dicho que es de alrededor del 70% para AstraZeneca y alrededor del 98% para Moderna.

  La eficacia real de todas las “vacunas” disponibles combinadas es tan baja como – 85.71% en el grupo de edad de 40 a 49 años, y tan alta como – 3.4% en el grupo de edad de 30 a 39 años. Esto muestra que las “vacunas” Covid-19 están haciendo que las personas sean más susceptibles a contraer Covid-19, en lugar de prevenir los casos de Covid-19 en el 95% que se afirma. Al combinar los números proporcionados para todos los grupos de edad mayores de 30 años, la efectividad promedio de la “vacuna” de - 47.69%.

  La cosa no mejora con el tiempo, si analizamos la evolución de los datos vemos que una semana las “vacunas” Covid-19 estaban demostrando tener una efectividad negativa promedio en todas las personas mayores de 18 años en el Reino Unido de -70% y una semana más tarde, el último informe disponible de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, que ha reemplazado recientemente a Public Health England, muestra que las “vacunas” Covid-19, estaban demostrando tener una efectividad negativa promedio en todas las personas mayores de 18 años de -73%, a pesar de que lleva semanas en una campaña de las inyecciones de refuerzo.

  Además, un informe expone datos falsos, fallos de ensayos ciegos, “vacunadores” mal entrenados y un mal seguimiento de las reacciones adversas en el ensayo de fase III de la “vacuna” Covid de Pfizer/BionTech.

  Por si fuera poco, se han descubierto pruebas de que Pfizer violó los protocolos del estudio y manipuló los datos con el fin de obtener una autorización de emergencia para que su “vacuna” experimental de ARNm antiCovid-19 se administre a niños. El análisis y la comparación del documento de revisión presentado por Pfizer a la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (sobre la base del cual la FDA dio luz verde para ampliar el permiso de emergencia para la “vacunación”, también, para adolescentes de 12 a 15 años), en lugar del protocolo de estudio en niños, revelan hallazgos preocupantes. Estos incluyen violaciones del protocolo establecido por la propia Pfizer, y no menos graves, diseñar el protocolo del ensayo de manera que permita a la empresa presentar hallazgos lo más positivos posible en términos de seguridad de la “vacuna” en niños, e incluir la menor cantidad posible efectos secundarios graves en la revisión presentada a la FDA. En al menos dos criterios, la compañía parece haber manipulado el diseñado del protocolo de una manera que le

permitiría presentar hallazgos tan positivos como sea posible en términos de seguridad de la “vacuna” en niños:

1) Diseñar el protocolo de manera que reduzca, tanto como sea posible, la inclusión de eventos adversos graves en un informe presentado a la FDA. La implicación preocupante de esta práctica es que los eventos adversos graves pueden no aparecer en el informe sobre la base del cual, la FDA, emite la autorización de emergencia para niños, por lo que el seguimiento continuo, incluso si se publica unos meses o años después de que se haya emitido la autorización temporal emitida, no ayudará a los niños que sufrirán daños o morirán después de la luz verde de la FDA.

2) Diseñar el protocolo de manera que se puedan ignorar los diagnósticos de eventos adversos graves dados en hospitales no relacionados con el sitio del estudio. Dentro de los términos de las medidas de resultado en el protocolo del estudio, Pfizer determinó que el equipo de investigación seleccionado por Pfizer sería el que defina los eventos adversos como tales. De esta manera, la empresa ha otorgado a los investigadores seleccionados por ellos el poder de definir por sí mismos cuál será el diagnóstico, independientemente del diagnóstico que se dé en el hospital / sala que no está definido como el sitio de investigación.

Como todo lo anterior era poco, tenemos que sumar el descaro de las farmacéuticas y de los organismos reguladores. El análisis de riesgo-beneficio de la FDA en relación con la aplicación de la autorización de uso de emergencia (UCE) de Pfizer para inyectar niños de 5 a 11 con su “vacuna" Covid-19 es un documento con serios fallos:

1) Las tasas de Covid en niños de 5 a 11 años son tan bajas que hubo CERO casos de Covid grave y CERO casos de muerte por Covid en el grupo de tratamiento (n=1518) o en el grupo de control (n=750). Por lo tanto, cualquier afirmación que vea en la prensa acerca de que la “vacuna” Pfizer es “90% efectiva” en niños no tiene sentido porque se refiere a casos leves de los cuales los niños generalmente se recuperan rápidamente (y luego tienen una sólida inmunidad de amplio espectro).

2) El ensayo clínico de Pfizer en niños fue intencionalmente insuficiente para ocultar el daño. Pfizer manipuló el estudio importando datos de un estudio diferente, pero este otro estudio solo monitoreó los resultados adversos durante 17 días, por lo que, en todo caso, los nuevos datos contaminaron los resultados en lugar de aclararlos.

3) Pfizer solo reclutó a participantes de 5 a 11 años de edad sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2. La “vacuna” interfiere con la capacidad innata de su cuerpo después de la infección para producir anticuerpos no solo contra la proteína del pico, sino también contra otras partes del supuesto virus. Esto significa que las personas “vacunadas” serán mucho más vulnerables a las mutaciones en la proteína de pico incluso después de que se hayan infectado y recuperado. También significa que es probable

que el virus seleccione mutaciones que vayan exactamente en esa dirección porque eso esencialmente le dará una enorme población vulnerable para infectar. Y probablemente sea aún, una mayor evidencia de que las "vacunas" pueden interferir con el desarrollo de una sólida inmunidad a largo plazo después de la infección.

4) ¿Pfizer "perdió contacto" con el 4.9% de los participantes de sus ensayos clínicos? El documento de riesgo-beneficio de la FDA establece: "Entre los participantes de la Cohorte 1, el 95.1% tuvo un seguimiento de seguridad ≥ 2 meses después de la Dosis 2 en el momento del corte de datos del 6 de septiembre de 2021". Entonces, ¿qué sucedió con el 4.9% que no tuvo seguimiento de seguridad 2 meses después de la dosis 2?

5) El período de seguimiento fue intencionalmente demasiado corto. Este es otro truco bien conocido de la industria farmacéutica diseñado para ocultar el daño. La cohorte 1 parece haber sido seguida durante dos meses, la cohorte 2 solo se controló para detectar eventos adversos durante 17 días. Muchos efectos que pueden ocasionar las "vacunas", incluido el cáncer y los trastornos autoinmunitarios, tardan mucho más en aparecer.

6) El modelo de riesgo-beneficio creado por la FDA solo analiza un daño conocido de la inyección de ARNm de Pfizer: la miocarditis. Pero sabemos que los daños en el mundo real de la inyección de ARNm de Pfizer van mucho más allá de la miocarditis e incluyen anafilaxia, parálisis de Bell, ataque cardíaco, trombocitopenia/plaquetas bajas, discapacidad permanente, herpes zóster y síndrome de Guillain-Barré, por nombrar algunos. El cáncer, la diabetes, la alteración endocrina y los trastornos autoinmunitarios pueden aparecer más tarde. Pero la FDA ignora todos esos factores en su modelo.

7) Pfizer elimina intencionalmente al grupo de control tan pronto como pueden al "vacunar" a todos los niños que inicialmente recibieron el placebo. Afirman que están haciendo esto por "razones éticas". Pero la historia de los crímenes de Pfizer deja claro que la ética no es parte de su filosofía, el motivo obvio es acabar con cualquier grupo de comparación para que no pueda haber estudios de seguridad a largo plazo. Eliminar al grupo de control es un acto criminal y, sin embargo, Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson y AstraZeneca lo hacen como práctica estándar con la aprobación de la FDA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

8) La eficacia de la "vacuna" se infirió mediante la inmuno-puenteo de títulos de anticuerpos neutralizantes de SARS-CoV-2 al 50% (NT50, ensayo de microneutralización de mNG de SARS-CoV-2). Hubo CERO casos de Covid-19 grave en el ensayo clínico de niños de 5 a 11 años. Por lo tanto, Pfizer y la FDA simplemente ignoraron todos los resultados de salud reales.

En su lugar, Pfizer pasó a buscar anticuerpos en la sangre. En general, los anticuerpos son un mal predictor de inmunidad. Y los anticuerpos en la

sangre de estos niños de 5 a 11 años no nos dicen nada porque nuevamente, hubo cero casos de Covid-19 grave en este estudio (ninguno en el grupo de tratamiento, ninguno en el grupo de control).

Así que a los directivos de Pfizer se les ocurrió hacer un "puente inmunológico". Pfizer analizó el nivel de anticuerpos en los análisis de sangre de otro estudio, en el que participaron personas de 16 a 25 años, calculó el nivel de anticuerpos que parece ser protector en esa población y luego calculó cuántos niños de entre 5 y 11 años tenían niveles similares de anticuerpos en su sangre, y luego propuso un número de cuántos casos, hospitalizaciones, admisiones a la UCI y muertes se evitarían con esta "vacuna" en la población de 5 a 11 en el futuro, según los niveles de anticuerpos y los resultados de salud de la población de 16 a 25 años. Este truco no tiene precedentes en un análisis de riesgo-beneficio.

Entonces, cuando la FDA usa esta lógica desvirtuada desde el comienzo de su documento informativo, todos los cálculos que se deriven de esto serán completamente erróneos. No solo incorrectos, sino absurdos y gravemente incorrectos.

9) El modelo de la FDA solo evalúa los beneficios de la protección de la "vacuna" en un período de seis meses después de completar dos dosis. Además, asume la eficacia de la "vacuna" constante durante ese período de tiempo. Esto es erróneo y problemático. Cualquier modelo que solo considere un período de tiempo de seis meses oculta la verdadera tasa de eventos adversos.

10) La FDA/Pfizer juegan rápido con sus estimaciones de miocarditis. Primero, estiman la miocarditis "en exceso" (causada por la "vacuna") utilizando datos de la "base de datos de reclamos de salud Optum" privada en lugar del sistema público del Sistema de notificación de eventos adversos de "vacunas" (VAERS). Por lo que es imposible que el público verifique sus afirmaciones. Luego, cuando se trata de calcular cuántos niños con miocarditis inducida por "vacunas" serán hospitalizados e ingresados en la UCI, utilizan el enlace de datos de seguridad de las "vacunas". ¿Por qué cambiar a una base de datos diferente para esas estimaciones? Finalmente, no hay explicación de cómo calcularon las muertes por miocarditis "en exceso", por lo que simplemente pusieron 0 y olvidando que la miocarditis tiene una tasa de mortalidad del 20% después de dos años y una tasa de mortalidad del 50% después de cinco años.

- Se está culpando a los no "vacunados", de los nuevos contagios y de la aparición de las nuevas supuestas olas causadas por supuestas nuevas variantes. Sencillamente, es falso. La tasa de individuos "vacunados" entre individuos con casos verificados de Covid, es cercana e incluso idéntica a su proporción relativa en la población. La carga viral es como máximo similar entre "vacunados" y no "vacunados" (aunque suele ser inferior en los no "vacunados", pudiendo llegar a ser a ser hasta 251 veces inferior); es decir, que tanto los "vacunados" como los no "vacunados" representan como

máximo, un riesgo similar de transmitir el virus a otros. La probabilidad de que una persona sana asintomática que no sabe que porta el virus infecte a otra persona, es significativamente menor que el 1%. Las personas no “vacunadas” no son lo que hace que la pandemia continúe, ni ponen en peligro a los “vacunados”, de hecho, parece que la esperanza de erradicar la Covid mediante el logro de la "inmunidad colectiva" a través de la “vacunación” de un porcentaje suficientemente alto de la población, ha demostrado ser poco realista.

No hay evidencia científica alguna que respalde la afirmación de que las personas no “vacunadas” están arriesgando la salud pública de ninguna manera más que las personas “vacunadas" y que "la “vacunación” Covid debe tratarse como un medio principal para proporcionar protección personal contra enfermedades graves o muerte, especialmente para las personas en alto riesgo. Culpar a los no “vacunados” podría "fomentar la ilusión de que la “vacunación” protege contra el contagio y puede hacer que las personas “vacunadas” piensen que están más seguras de lo que realmente están.

- Aunque sabemos que algunas vacunas, "imperfectas o con fugas", en realidad pueden contribuir a una mayor propagación de la enfermedad al ejercer una presión selectiva sobre los virus, de tal manera que pueden mutar y se pueden volver más virulentos (los no “vacunados” tienen una respuesta inmune muy amplia a todas las partes del virus a través de diferentes partes del sistema inmunológico que pueden no crear la misma presión de selección; mientras que las personas “vacunadas” pueden desempeñar un papel clave para ayudar a que las 'variantes' del SARS-CoV-2 evolucionen en otras que evadan las “vacunas” Covid existentes) y, aunque también sabemos que el ADE puede representar un riesgo potencialmente peligroso de la “vacunación” masiva durante la actual circulación de la variante Delta (los programas de vacunación históricos siempre han enfatizado la importancia de vacunar a las poblaciones de manera profiláctica en ausencia de presión de infección) y además somos conocedores de que el mayor riesgo de establecer una cepa resistente ocurre cuando una gran fracción de la población ya ha sido “vacunada” pero la transmisión no está controlada; hasta el día de hoy, no existe ninguna evidencia científica robusta de que ninguna de las variantes identificadas para el supuesto SARS-CoV-2, sea más transmisible o más mortal que la original.

  El programa de “vacunas” actual podría conducir al desastre. Si esas variantes existieran, serían provocadas por las propias “vacunas" (es decir, algo que no es peligroso, lo podrían convertir en algo que sí lo es) y por tanto, las personas “vacunadas” deberían ser puestas en cuarentena y aisladas de la sociedad. Las personas no “vacunadas” no serían peligrosas mientras que las personas “vacunadas” sí lo serían para los demás.

  Dado que las “vacunas” atenuan la respuesta inmune del cuerpo a otras variantes, la campaña de “vacunación” masiva de países de todo el mundo

puede conducir a repetidas oleadas de infección, cada una de las cuales se enfrentará a un intento frenético y, en última instancia, inútil de administrar inyecciones de refuerzo a todos, lo que en el mejor de los casos, solo ofrecería una protección temporal y limitada hasta que apareciera la siguiente variante (cosa que ni siquiera hacen estos sueros, puesto que su teórica efectividad cae a cero inmediatamente después del pinchazo, para luego convertirse en negativa). La mejor ilustración de la vida real del pecado antigénico original proviene del esfuerzo por desarrollar una vacuna para el dengue, que la gente contrae por la picadura de un mosquito infectado. Hay cuatro variantes principales del virus del dengue y la vacuna original solo cubría una de ellas. Los refuerzos posteriores para las otras variantes resultaron ineficaces porque solo desencadenaron "la huella inmunológica de la primera vacuna".

Los métodos utilizados para predecir mutaciones en el virus, nunca han involucrado el uso del virus Covid-19 en sí. En su lugar, han utilizado métodos artificiales para generar y expresar las supuestas variantes de picos, como levadura, fagos o expresión de otro virus. Hablar de variantes de un virus cuya existencia no se ha probado, es científicamente imposible.

- Desde su llegada, la Covid-19 ha protagonizado la mayoría de los temas de conversación, de preocupación e incluso de atención hospitalaria. El miedo al contagio y el supuesto colapso de los sistemas sanitarios han propiciado el deterioro de enfermedades oncológicas, cardiológicas, neurológicas y, respiratorias, entre otras. Consideradas como las principales causas de muerte en el mundo, estas patologías se han visto agravadas por la llegada del coronavirus. El desplazamiento de la atención de otras enfermedades ajenas a la Covid-19 ha tenido importantes consecuencias en términos de mortalidad. Solo el 53.3 % de los pacientes crónicos ha podido continuar su tratamiento en los centros ambulatorios y hospitalarios con normalidad desde la finalización del primer estado de alarma. El 44.3 % de estos pacientes ha sufrido algún cambio en su atención.

  Las interrupciones causadas por la pandemia han tenido un impacto catastrófico, el enfoque en la Covid-19 puede matar a más víctimas de tuberculosis y sida que el número de muertos por la propia Covid.

  Los muchos efectos secundarios mortales de la respuesta a la pandemia, van desde un aumento en las muertes relacionadas con el alcohol hasta el aumento de los suicidios de niños durante los encierros. Las muertes por enfermedades cardíacas también aumentaron a medida que no se diagnosticaron más casos de enfermedades cardiovasculares. La mortalidad se triplicó en pacientes con EPOC. La cancelación de intervenciones “sin carácter de urgencia” de cardiología, también ha tenido importantes consecuencias en términos de mortalidad a corto plazo para los pacientes, los hospitales españoles atendieron un 40% menos de infartos. La supuesta pandemia, ha provocado una reducción de unos 50 000 casos diagnosticados de cáncer, que no han sido tratados adecuadamente.

El confinamiento domiciliario también ha tenido un gran impacto sobre las enfermedades neurológicas, sobre todo, en la demencia. Un 60 % de los neurólogos españoles señala que han aumentado los casos de nuevo diagnóstico de deterioro cognitivo durante los meses posteriores a marzo 2020. La comunidad de enfermos de alzheimer está viendo un agravamiento de los enfermos y una aceleración en la aparición de nuevos casos.

En la primera ola, el descenso de asistencia a hospitales por ictus, se estima que fue más de un 30%. Además, la pandemia ha afectado a los procesos de rehabilitación que muchos de los pacientes necesitan tras la fase aguda del ictus, así como al seguimiento de pacientes de riesgo que necesitan terapias preventivas. Muchos de ellos son pacientes que han podido tener episodios de ictus minor (episodios con síntomas leves) y que se convierten en pacientes de riesgo para otro episodio.

Los efectos del confinamiento han perjudicado de igual manera a las personas sanas. Casos donde el sedentarismo, el exceso de actividad física, o posturas anómalas han derivado en eventos neurológicos que incluso han requerido ingreso hospitalario y asistencia médica.

Es bueno considerar, después de leer todo esto, que todos esos pacientes han visto peligrar o empeorar su salud como consecuencia de un supuesto virus, cuya existencia no ha sido demostrada científicamente, que además, causa una supuesta enfermedad conocida como Covid-19 cuyos síntomas son comunes con otras enfermedades, cuyos métodos de diagnóstico dan un 97% de falsos positivos y cuya mortalidad, es incluso inferior a la de la gripe común.

La explicación plausible del significativo exceso de muertes son los muchos impactos negativos en la salud que causan muertes por la expansión de las acciones gubernamentales de control de pandemias. Claramente, muchas muertes fueron causadas por los controles gubernamentales pandémicos que hicieron la vida extremadamente difícil y estresante.

En Estados Unidos, hubo un promedio del 25.3% para las muertes no relacionadas con la infección y causadas por la pandemia, un promedio de 117 745 muertes colaterales al año, y antes de las muertes por "vacuna". Como las medidas impulsadas por los gobiernos a nivel mundial, han sido muy similares, ese porcentaje es lógico pensar que es extrapolable para todos los países que han aplicado las medidas contra la "pandemia". Durante el período comprendido entre enero de 2021 y octubre de 2021, 462 adolescentes varones de entre 15 y 19 años fueron encontrados muertos en sus hogares, un aumento del 20% en comparación con el promedio de cinco años de 386 en esos mismos meses, y un aumento de cerca del 30% desde 355 del año pasado.

En Inglaterra, las 65 986 "muertes en exceso" no relacionadas con Covid-19 representan un aumento del 37% en las muertes para la población en

general y un aumento del 30% para los niños de 15 a 19 años. El mayor aumento de muertes en hogares privados se produjo en abril de 2020 y enero de 2021. En abril de 2020, Inglaterra y Gales se encontraban en un bloqueo a nivel nacional. Cuando Inglaterra y Gales entraron en su tercer bloqueo a nivel nacional en enero de 2021, las muertes en el hogar alcanzaron su segundo pico más alto. En los hogares privados, la demencia y la enfermedad de Alzheimer fueron la principal causa de muerte con el mayor aumento de muertes en 2020 en comparación con el promedio de cinco años; aumento del 72.5% y 60.7% para hombres y mujeres respectivamente (1433 y 2485 muertes más). El hecho de que los encierros pueden ser uno de los factores que causan el aumento de muertes inesperadas no es algo que solo se advierta en Inglaterra, sino que está respaldada por numerosos estudios científicos y expertos de todo el mundo.

En Canadá, es posible que el bloqueo se convierta en uno de los mayores fracasos de las políticas en tiempos de paz en la historia del país. Los bloqueos salvaron 22 333 años de vidas perdidas pero causaron 6.3 millones de años de vidas perdidas, lo que hace que el daño a largo plazo sea 282 veces peor que sus beneficios.

- Según el discurso oficial, lavarse las manos con jabón se considera la primera línea de defensa para la higiene, pero cuando esa opción no está disponible, los desinfectantes de manos son otra opción. Lo que no se dice, es que los componentes de esos geles, pueden no ser inocuos. Debido al aumento en la demanda de los consumidores de desinfectantes para manos, hubo escasez en su disponibilidad. Algunos fabricantes decidieron aprovechar el pánico causado por la pandemia. Estos malos actores producían desinfectantes para manos que eran de calidad inferior (que contenían los ingredientes activos en cantidades inferiores a las apropiadas) o completamente tóxicos (que usaban sustancias químicas similares pero peligrosas para la fabricación del producto).

  Lo primero que se debe tener en cuenta al comprar un desinfectante para manos es el ingrediente activo, que es el ingrediente que realiza la desinfección. Las pruebas más recientes de la FDA descubrieron dos tipos de alcohol potencialmente dañinos que se utilizan en los desinfectantes para manos. El primero es el metanol, mientras que el segundo es el 1-propanol. El alcohol metílico o metanol, es una forma de alcohol altamente tóxica y no debe frotarse sobre la piel ni ingerirse. El alcohol 1-propílico, puede ser peligroso para los seres humanos cuando se ingiere, además, si su piel o sus ojos están expuestos a este alcohol, puede causar irritación.

  Los desinfectantes para manos contienen ingredientes adicionales más allá de los ingredientes activos; estos se denominan ingredientes inactivos y pueden aparecer por separado en la etiqueta:

  Tintes artificiales. Se han relacionado con efectos nocivos que incluyen una absorción dérmica acelerada en la piel dañada, reacciones alérgicas e hiperactividad cuando se ingieren.

Parabenos. Son sustancias químicas que alteran el sistema endocrino y se han asociado con el cáncer de mama y daños reproductivos. Son disruptores endocrinos conocidos que pueden imitar al estrógeno en el cuerpo. Pueden afectar los mecanismos de las células mamarias normales y potencialmente influir en su crecimiento anormal, lo que aumenta el riesgo de cáncer de mama. Las células expuestas a parabenos durante más de 20 semanas pueden aumentar los factores asociados con las metástasis. Se han relacionado con otros problemas de salud, como alergias y también pueden alterar los niveles de tiroides.

Los compuestos de polietilenglicol (PEG). Se crean mediante un proceso llamado etoxilación, lo que significa que es probable que estén contaminados con carcinógenos como el óxido de etileno y/o 1,4 dioxano. El efecto de mejora de la penetración de algunos PEG puede permitir una mayor absorción de otros ingredientes potencialmente dañinos en la formulación de cualquier producto.

Fragancia no divulgada. Las empresas no están obligadas a divulgar sus formulaciones de fragancias en el empaquetado, lo que significa que la "fragancia" podría ser un cóctel de cientos de ingredientes. Aunque algunos ingredientes pueden ser inofensivos, es mejor evitar las fragancias no reveladas porque se sabe que algunos ingredientes comunes de las fragancias causan daños, como los ftalatos y los almizcles sintéticos. Los ingredientes de las fragancias se clasifican como alérgenos, disruptores hormonales, desencadenantes del asma, neurotoxinas y carcinógenos.

Se analizaron 260 productos y se encontró niveles elevados de benceno en más de 20 de ellos. El benceno es un carcinógeno humano conocido, y se sabe que la exposición al mismo causa trastornos sanguíneos, incluida la leucemia.

Otros contaminantes peligrosos que podemos encontrar en los geles de manos y que debemos evitar, son:

El triclosán, que se ha asociado con: alteraciones hormonales, cáncer, daño hepático y el desarrollo de supergérmenes. SLS y SLES, que están asociados con muchos riesgos para la salud que van desde la irritación de la piel, los pulmones y los ojos hasta la toxicidad orgánica, la alteración endocrina y el cáncer.

La Sociedad de Orientación al Consumidor de la India llevó a cabo un estudio y descubrió que casi el 50% de los desinfectantes para manos estaban adulterados. Eso significa que uno de cada dos desinfectantes para manos en el mercado no es lo que dice ser y no puede matar al supuesto coronavirus. Según el estudio, cinco desinfectantes para manos contenían metanol, que como ya hemos visto, es una sustancia química tóxica. Daña el hígado, provoca ceguera y afecta los riñones. En el caso de sobreexposición, causa la muerte.

El uso excesivo del desinfectante de manos puede ser peligroso, especialmente para los niños, porque algunos desinfectantes de manos pueden absorberse a través de la piel como una sustancia química tóxica. Incluso una pequeña cantidad de alcohol puede causar intoxicación por alcohol en los niños que es responsable de confusión, vómitos y somnolencia, y en casos severos, paro respiratorio y muerte. Los niños pequeños han disminuido las reservas de glucógeno hepático, lo que aumenta su susceptibilidad a desarrollar hipoglucemia y numerosos factores farmacocinéticos que los hacen más propensos a la intoxicación por alcohol. La toxicidad del etanol también se asocia con depresión respiratoria que resulta en paro respiratorio, hipotermia, arritmias cardíacas con posible paro cardíaco, hipoglucemia, cetoacidosis e hipotensión. El contacto dérmico del etanol causa irritación y afección alérgica de la piel y los ojos, mientras que la exposición prolongada produce sequedad o agrietamiento de la piel con descamación, enrojecimiento o picazón. Influye en la concentración de etilglucurónido en la orina.

Por otro lado, el uso excesivo de desinfectante de manos a base de alcohol como medida preventiva contra el supuesto coronavirus, también aumenta indirectamente el riesgo de infección a través de trastornos de la piel. El uso excesivo de desinfectante contra el "nuevo virus" es responsable del daño cutáneo y reduce su capacidad para actuar como barrera contra otros virus dañinos. De igual forma, el uso excesivo de un desinfectante a base de alcohol, aumenta la permeabilidad de la piel y priva de aceite y agua a ésta y produce aspereza e irritación de la misma. La piel seca y dañada es semillero de muchas enfermedades que causan bacterias con mayor riesgo de entrada de virus. Los informes de investigación han indicado que el uso excesivo de desinfectantes en algunos casos puede aumentar el riesgo de brotes virales. La exposición repetida a desinfectantes, antibióticos u otros químicos genotóxicos, induce a los microbios a tener mutaciones a través de procesos naturales que los hacen resistentes para sobrevivir.

- Han sucedido cosas "extrañas" que provocan serias dudas sobre todo lo que rodea a la "pandemia", por ejemplo: lo sucedido con Moderna y el NIAID, que desde diciembre 2019 ya tenían una "vacuna" candidata contra Covid; o que en 2017, ya existieran test para Covid-19; o que un documento interno de la FDA del 22 de octubre de 2020, ya recogiera algunos de los eventos adversos graves que estamos viendo y que aún conociéndolos, en diciembre se autorizara el uso de emergencia; o que un representante de Moderna reconozca que todos los "vacunados" forman parte de un experimento, ante una persona que sufrió el síndrome de Guillain-Barré después de que se le administrara la "vacuna"; o que Moderna y Pfizer, perdieran "accidentalmente" los grupos de control de prueba de las "vacuna"; o que haya 73 patentes emitidas entre 2008 y 2019, que tienen los elementos supuestamente novedosos del SARS CoV-2, específicamente en lo que se refiere al sitio de clivaje polibásico, el dominio de unión al receptor de ACE2 y la proteína espiga; o que Pfizer patentara la primera "vacuna" Covid, en el año 2000; o que ya en el 2009, la Dra. Rima Laibow, nos advirtiera de cosas que hoy estamos viendo con las "vacunas".

En total, desde 2002, se han registrado unas 4000 patentes sobre el genoma, las "vacunas" y la detección del coronavirus. Esto es alarmante, porque no se registran patentes sobre algo que no se pretende comercializar. También se pueden encontrar pruebas de la comercialización prevista si se examinan las fechas de determinadas patentes de determinadas empresas.

De forma curiosa, en octubre de 2019, pocos meses antes de que se anunciara la pandemia, la Fundación Bill y Melinda Gates coorganizó el Evento 201. Este ejercicio de simulación involucró la respuesta global ante una pandemia ficticia de coronavirus. La mayoría de las medidas de contención que se emplearon durante esta pandemia nunca antes se habían utilizado. Entre ellas se encuentran el cierre de negocios y obligar a las personas a aislarse en casa durante semanas y meses, ¡en todo el mundo! Nunca antes habíamos puesto en cuarentena a las personas sanas, es una idea completamente nueva que nunca se había probado y que, de hecho, no tiene ninguna base científica.

Entre el 18 de marzo de 2020 y el 12 de abril de 2021, la riqueza colectiva de las personas multimillonarias en Estados Unidos aumentó en 1.62 billones de dólares (55 %), pasando de 2.95 a 4.56 billones de dólares. ¡Un tercio de las ganancias totales de las personas multimillonarias desde 1990 se produjo en los últimos 13 meses!

La definición de 'producto biológico' del gobierno de Estados Unidos hasta diciembre de 2019 podría haber prohibido que los productos de ARNm contra el Covid-19 se etiquetaran como "vacunas". Sin un cambio silencioso en la ley federal justo antes de la aparición del Covid-19, es posible que las inyecciones experimentales de ARNm de Covid nunca hubieran sido etiquetadas como "vacunas".

La "vacuna" de ARNm Pfizer-BioNtech Covid-19 fue lanzada el 9 de noviembre de 2020, "curiosamente" basándose en el primer análisis de eficacia provisional realizado el 8 de noviembre de 2020, ¡qué rapidez! Y "curiosamente" también, una semana después, la OMS, decide apresuradamente el 13 de noviembre de 2020 modificar su definición de "Inmunidad colectiva". La nueva "definición" de la OMS, "curiosamente", parece servir visiblemente a los intereses de las grandes farmacéuticas involucradas en la comercialización de la "vacuna" Covid-19.

- En las "vacunas", hay "sustancias" que podemos definir como "inquietantes", que pueden ser potencialmente peligrosas y que pueden ocasionar problemas de salud de diferente gravedad.

Un ejemplo claro y destacable es el caso de las nanopartículas lipídicas (LNP). La mayor parte de los estudios se han hecho en animales y ya en ellos, los resultados son espeluznantes. Existe un riesgo potencial de toxicidad de todos los sistemas de administración de fármacos a nanoescala. Los datos respaldan que algunas LNP que contienen lípidos

ionizables/catiónicos, son altamente inflamatorias y posiblemente citotóxicas. El ARNm se modifica con nucleósidos y se purifica específicamente para evitar la activación de vías inflamatorias innatas; no obstante, el componente lipídico catiónico/ionizable de los LNP suele ser inflamatorio y citotóxico. El componente lipídico ionizable patentado de estas LNP también es inflamatorio. Además, la activación observada de otras vías inflamatorias y la muerte celular, podrían acentuar aún más los efectos secundarios experimentados.

En general, las nanopartículas (NP) entran en la circulación sanguínea como objetos extraños y pueden provocar una serie de reacciones inflamatorias y reacciones inmunes, resultando en la rápida eliminación de las células inmunes y del sistema retículo endotelial, afectando su durabilidad en la circulación sanguínea. Las moléculas nanoportadoras de la "vacuna" abandonan el sitio del músculo de inyección, ingresan a la circulación sanguínea y luego se acumulan en órganos y tejidos, incluidos el bazo y la médula ósea, el hígado, las glándulas suprarrenales y especialmente los ovarios, siendo potencialmente tóxicas para la salud reproductiva. Las pequeñas nanopartículas que componen algunas de las nuevas "vacunas" de proteína de pico purificada Covid-19, tienen un mayor potencial para cruzar la barrera hematoencefálica, aumentando la penetración de la proteína en el cerebro, lo que podría conducir a un daño neurológico crónico.

Las (LNP) que contienen el ARNm codificante de la proteína espiga, llegan al bazo y a las glándulas, incluidos los ovarios y las glándulas suprarrenales, y mientras se va vertiendo circula por el torrente sanguíneo, donde está causando un daño sistémico. La acumulación de nanopartículas daña los órganos (testículo, epidídimo, ovario y útero) al destruir células específicas, lo que provoca una disfunción de los órganos reproductivos que afecta negativamente a los espermatozoides y los óvulos y puede interrumpir el ciclo ovárico. Además, los NP pueden alterar los niveles de hormonas secretadas. El entorno inflamatorio robusto inducido por los LNP, combinado con la presentación de los péptidos/proteínas derivados de la "vacuna" fuera de las células presentadoras de antígenos, podría causar daño tisular y exacerbar los efectos secundarios.

Hay tres pilares fundamentales sobre los que se apoya el discurso oficial: PCR, "vacunas" y variantes, que además se retroalimentan en una especie de círculo vicioso que es utilizado a su antojo por los distintos gobiernos e instituciones para justificar diferentes medidas carentes de base científica. Cuentan para ello con la colaboración necesaria de distintos medios de "comunicación" y de algunos pseudocientíficos, para tratar de mantener en "trance" a una crédula población carente de capacidad propia de pensamiento y que no se percaten de que están siendo sometidos a un macro experimento y de que entre ellos, circula un "arma de destrucción masiva" altamente peligrosa: los sueros experimentales.

Las nuevas "vacunas" Covid, crean peligros potenciales que podrían ser peores que las propias infecciones por Covid-19. El plan para inmunizar rápidamente a la

población mundial con "vacunas" Covid-19 que contienen o codifican la proteína Spike y que supuestamente confiere unos pocos meses de seguridad, es extremadamente arriesgado. El hecho de colocar las "vacunas" en el mercado, es aun más irresponsable cuando científicamente ha quedado demostrado que realmente es esa proteína y no el virus en sí mismo, la que causa el mal. Esta política de inmunización tiene el potencial para resultar en un evento catastrófico una vez se ha visto la gravedad de los efectos adversos a corto plazo y tras constatar que los ensayos indican que no se posee información sobre los posibles efectos adversos a medio y largo plazo, sobre los cuales además y de forma muy preocupante, se pueden hacer suposiciones con una buena base científica.

Es muy obvio desde un punto de vista científico, que la "vacunación" no debería de existir. El discurso oficial del que hablaba en la introducción, carece de justificación científica e incluso legal; obviamente, tiene que cambiar y empezar ese cambio, por parar la "vacunación" (1) (2). Muchas personas de varios ámbitos sociales con capacidad de influencia directa o indirecta y poder en la toma de decisiones y puesta en práctica de las mismas, tienen que asumir responsabilidades por la defensa y ejecución práctica de dicho discurso y cumplir, si procede, con las consecuencias legales. Los errores del discurso oficial, han sido expuestos y, consecuentemente, no hay excusa; como ha dejado bien claro el famoso abogado Dr. Reiner Fuellmich. De igual forma, la retórica oficial a nivel mundial, queda claramente en entredicho con las pruebas aportadas por el Profesor Sucharit Bhakdi (3). Aquí podrán ver una película titulada "Covidland" que es muy útil para conectar a la gente con la realidad y sacarlas de su trance.

Legales

- Los médicos no están expidiendo la correspondiente receta para cada pinchazo, además, ni se está informando al paciente conforme a lo previsto en el art.10 de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ni se está examinando el historial clínico a nivel individual en relación con patologías, alergias o contraindicaciones, ni mucho menos se está recabando el consentimiento informado del paciente por escrito, en cumplimiento del art. 8.2 de la ya mencionada Ley 41/2002.

- La expedición de un pasaporte Covid constituye una medida con un impacto condicionante del ejercicio de otros derechos fundamentales potencialmente expansivo. Resulta una medida injustificada por falta de idoneidad o utilidad a los objetivos que persigue, no nos garantiza, en las circunstancias concretas del caso, el logro de los fines u objetivos que, teóricamente, lo motivan o justifican.

- Toda la normativa vigente prevé como principio general que el derecho de admisión debe ejercerse, por imperativo constitucional, con respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, sin que en ningún caso pueda producirse discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. El derecho de admisión se configura como

una facultad de los titulares de establecimientos públicos, actividades recreativas y espectáculos públicos, cuyo ejercicio encuentra un límite inquebrantable en los principios básicos de igualdad y prohibición de discriminación del artículo 14 de la CE. Así, por ejemplo, vulnera este derecho fundamental impedir la entrada a personas de color, a personas mayores de edad o a minusválidos. Igualmente, vulneraría el artículo 14 impedir la entrada a un usuario o espectador por su sexo u orientación sexual, o cualquier otra circunstancia personal o social que no responda a las condiciones de seguridad y orden público que el titular de un establecimiento, espectáculo o actividad pública o recreativa tiene el deber de observar.

- En lo que se refiere a la solicitud del pasaporte o certificado Covid en el ámbito laboral; podemos concluir que el pasaporte Covid introduce muy claramente un criterio de selección en el momento de la contratación que atiende a un dato sobre el estado de salud de los candidatos: su exposición pasada y futura a una enfermedad concreta, de donde se deriva la preferencia por aquellos considerados inmunes y la exclusión de aquellos que al no haber pasado la enfermedad serían considerados (de forma totalmente desproporcionada) no aptos para desempeñar el trabajo. Estaríamos ante una diferencia de trato que no obedece a razones objetivas y razonables determinadas por las exigencias físicas y/o técnicas requeridas por el concreto tipo de actividad a realizar sino, más bien, a elementos subjetivos y aleatorios inasumibles jurídicamente por su efecto discriminatorio.

- Cualquier medida restrictiva de derechos fundamentales tomada por razones sanitarias, debe estar debidamente justificada. Requerirían de una ley específica que les dé cobertura y les preste la suficiente seguridad jurídica. La única norma con rango de ley orgánica que podría dar cobertura a la restricción de derechos fundamentales en sus elementos básicos es el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/1986. Puede utilizarse como fundamento normativo siempre que se justifique que las medidas sanitarias que se adopten estén a la altura de la intensidad y extensión de la restricción de los derechos fundamentales afectados.

- En la "pandemia", las distintas restricciones o directamente, supresiones de derechos fundamentales, se han hecho bajo la premisa de la primacía del derecho de la salud pública, por encima de otro, la libertad individual. El problema es que para que eso se cumpla, tendría que estar demostrada la existencia de una pandemia, para eso, a su vez, tendría que estar demostrada la existencia del agente infeccioso y, por último, tendría que estar demostrado que las medidas que se toman garantizan buenos resultados de cara a esa salud pública. Como ha quedado demostrado en el presente informe, ninguna de las tres cosas ha sido demostrada, por tanto, en este caso y desde un punto de vista científico exclusivamente, no procede hacer la consideración de prevalencia de un derecho sobre el otro. La existencia del virus, no ha quedado demostrada y los datos de contagios, sabemos que están inflados por la utilización de la PCR como método de

diagnóstico; consecuentemente, no es posible demostrar la existencia de una pandemia. Si esto es así, absolutamente todas las medidas sanitarias impuestas, son inconstitucionales.

- El conflicto de la obediencia del funcionario público o del empleado de la Administración en general, se produce en multitud de casos y situaciones cuando se ve en la disyuntiva de cumplir o no cumplir una orden de un superior, atendiendo al enfrentamiento entre dos nociones del deber: el deber de imparcialidad y el deber de obediencia. Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores, salvo que constituyan una infracción manifiesta del ordenamiento jurídico…" traspasando dicho límite, el empleado o funcionario público estará incurriendo en un delito, al cumplir una orden que constituya una infracción manifiestamente ilegal.

- La vacunación obligatoria no se puede imponer. En España no está reconocido el principio compensatorio, por tanto, el Estado tendría una responsabilidad patrimonial sobre las posibles complicaciones de la vacuna; incluso en aquellos territorios donde sí se cumple el principio compensatorio, existen problemas para poder hacer obligatoria la administración de la "vacuna" para la Covid-19, atendiendo al principio de responsabilidad. Además en la actual Constitución Española no está recogido el derecho a la salud como tal, sino el derecho a la protección de la salud.

- La objeción de conciencia, aunque es reconocida como derecho, tiene límites, en contra de lo que algunos profesionales sanitarios creen. No es algo a lo que agarrarse legalmente por bienestar personal, cuando otros derechos fundamentales se ven afectados. Disfrazar una diferencia de pensamiento con los no "vacunados" bajo el manto de una pseudo-objeción por supuesto daño moral, además de no estar permitido legalmente, constata una manifiesta falta de respeto a otra forma de pensar e implica una flagrante discriminación de todo aquel que no piensa como el objetor. Si eso se permitiera, sería exactamente lo mismo que permitir al personal sanitario rechazar a un paciente por su sexo, raza o religión; aún cuando todos ellos tienen derecho a la atención sanitaria, lo cual, como ya he comentado en este informe, constituiría una clara discriminación, de forma totalmente similar a la que algunos dueños de locales ejercerían con el certificado Covid y que ya hemos visto que tampoco es legal.

PEREZ OLIVERO SERGIO JAVIER - 54042635H

Firmado digitalmente por PEREZ OLIVERO SERGIO JAVIER - 54042635H
Fecha: 2021.11.23 20:11:39 Z